

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 4

SYPHILIS GRAVIDE

SON INFLUENCE SUR L'ENFANT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 8 Juin 1917

PAR

Mme BERGER, née ORLEMAN (Violette)

Née à Austin (Texas, États-Unis d'Amérique), le 18 avril 1883

DOCTORESSE EN PHILOSOPHIE

MEMBRE DE LA RÉUNION MÉDICO-CHIRURGICALE DE LA XVI^e RÉGION

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

Examineurs de la Thèse	{	DE ROUVILLE, prof -adj., <i>Président.</i>	}	<i>Assesseurs.</i>
		BAUMEL, professeur.		
		VALLOIS, professeur.		
		PUECH, professeur-adjoint.		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1917



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555617_0061

SYPHILIS GRAVIDE

SON INFLUENCE SUR L'ENFANT



UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 4

SYPHILIS GRAVIDE

SON INFLUENCE SUR L'ENFANT

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 8 Juin 1917

PAR

Mme BERGER, née ORLEMAN (Violette)

Née à Austin (Texas, États Unis d'Amérique), le 18 avril 1883

DOCTORESSE EN PHILOSOPHIE

MEMBRE DE LA RÉUNION MÉDICO-CHIRURGICALE DE LA XVI^e RÉGION

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ

(MENTION MÉDECINE)

Examineurs de la Thèse	{	DE ROUVILLE, prof. -adj., <i>Président.</i>	}	<i>Assesseurs.</i>
		BAUMEL, professeur.		
		VALLOIS, professeur.		
		PUECH, professeur-adjoint.		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1917



PERSONNEL DE LA FACULTE

Administration

MM. MAIRET (*).	DOYEN
SARDA.	ASSESEUR
IZARD.	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM. TEDENAT (*).
Clinique médicale.	CARRIEU (*).
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (*).
Physique médicale	IMBERT (*).
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (O *).
Clinique ophtalmologique.	TRUC (O. *).
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP (*).
Anatomie	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthop.	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (*).
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale.	RAUZIER (*).
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.	VIRES.
Anatomie pathologique	MASSABUAU (✱)
Chimie médicale	N.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET

Doyen honoraire : M. VIALLETON

Prof. hon. : MM. E. BERTIN-SANS (*), GRASSET (O *)

Secrétaire honoraire : M. GOT

Chargés des Cours Complémentaires

Clinique gynécologique.	MM. DE ROUVILLE, (prof. adj.)
Accouchements.	PUECH, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, prof. adj.
Clinique des malad. des voies urinaires.	JEANBRAU (*), a. l. (ch. de c.)
Clinique ann. des mal. syphil. et cutan.	VEDEL, agr. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire.	SOUBEYRAN, a. l. (c. c.)
Pathologie externe	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards.	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.	P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. RICHE	MM. J. DELMAS
GRYNFELT	CABANNES	RIMBAUD
LAGRIFFOUL	DERRIEN	ROGER
LEENHARDT	P. DELMAS	ETIENNE
GAUSSEL (*).	EUZIERE	LISBONNE

Examineurs de la Thèse

MM. DE ROUVILLE, prof. adj., prés.		MM VALLOIS, professeur.
BAUMEL, professeur.		PUECH, prof. adjoint.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

AU PREMIER DE MES MAÎTRES

M. LE PROFESSEUR ERNEST GAUCHER

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES
DE LA FACULTÉ DE PARIS

V. ORLEMAN-BERGER.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

A MON JURY DE THÈSE

V. ORLEMAN-BERGER.

A M. LE MÉDECIN-MAJOR DE PREMIÈRE CLASSE
PAUL GASTOU.

CHEF DU CENTRE VÉNÉROLOGIQUE ET DERMATOLOGIQUE DE LA XVI^e RÉGION

MÉDECIN-CHEF DU LABORATOIRE CENTRAL DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS

PROFESSEUR DES COURS COMPLÉMENTAIRES

DE LA CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIKES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

*Qui a bien voulu inspirer ce travail et nous en
fournir les éléments, hommage d'infinie re-
connaissance et en témoignage de dévoue-
ment pour ses conseils et son appui.*

V. ORLEMAN BERGER.

A MA CHÈRE SŒUR

M^{ME} LA DOCTORESSE DAISY M. O. ROBINSON

INSTRUCTEUR DE DERMATOLOGIE A L'ÉCOLE ET A L'HOPITAL DE POLYCLINIQUE
MÉDICALE DE NEW-YORK
ET CHEF DE LA CLINIQUE DERMATOLOGIQUE DE NORTHWESTERN DISPENSAIRE
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE NEW-YORK ET DE L'AMERICAN
MEDICAL ASSOCIATION
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE
MEMBRE DE LA RÉUNION MÉDICO-CHIRURGICALE DE LA XVI^e RÉGION
(MONTPELLIER)

*Témoignage de mon affection et de ma profonde
reconnaissance.*

V. ORLEMAN-BERGER.

PRÉFACE

Il y a plusieurs années à mon premier voyage en France, en compagnie de ma sœur Mme la doctoresse Daisy Orleman Robinson, nous avons été l'une et l'autre séduites et enthousiasmées de l'accueil si sympathique qui nous fut fait à Paris.

M. le professeur Gaucher, M. le docteur Gastou, son chef de laboratoire, tout le personnel de l'hôpital Saint-Louis de Paris nous reçurent avec tellement de bienveillance qu'à plusieurs reprises nous vinmes puiser à cette merveilleuse source d'enseignement dermato-syphiligraphique, non seulement aux leçons des maîtres, mais surtout à leur amitié toujours prête à nous aider.

Plusieurs d'entre eux vinrent nous voir à New-York, et nous fûmes heureuses de leur montrer combien l'Amérique, notre cher pays, savait dans des conceptions, peut-être un peu plus amples d'exécution, utiliser tout ce que le continent lui avait appris, et surtout fières de leur faire voir que les leçons de la France portaient chez nous les plus beaux fruits.

Ma chère sœur, Mme la doctoresse Orleman Robinson, étant venue offrir ses services à la France, fut agréée par le ministère de la guerre pour collaborer avec le méde-

cin major de 1^{re} classe Gastou, chef du centre de vénérologie et de syphiligraphie de la XVI^{me} région, à Montpellier, à l'œuvre de défense sanitaire contre la syphilis.

Je demandai à M. le ministre de l'instruction publique de m'autoriser à terminer mes études médicales à la célèbre Faculté de médecine de Montpellier. J'y fus autorisée et le travail présent est l'hommage faible et respectueux d'attachement et de dévouement qu'une Américaine aimant la France a cherché, en ces heures d'ardent patriotisme, à écrire pour témoigner de l'affection qui unit l'Amérique à la France.

Qu'il me soit permis ici de remercier mes maîtres des Facultés de Paris et de Montpellier.

Je dois témoigner particulièrement ma reconnaissance à M. le professeur de Rouville, qui a bien voulu accepter la présidence de ma thèse, ainsi qu'à MM. les professeurs Baumel, Vallois et Puech, membres du jury.

AVANT-PROPOS

Le sujet de ce travail est un point bien précis de la syphilis héréditaire ; il a pour but d'attirer l'attention sur une des formes si nombreuses de la syphilis transmise des parents aux enfants, c'est-à-dire l'influence de la syphilis de la mère sur le produit de la conception.

On a beaucoup écrit sur la syphilis conceptionnelle, et ce chapitre de la syphilis héréditaire reste encore bien obscur dans la plupart de ses parties.

Ici, il s'agit non de la syphilis conceptionnelle : c'est-à-dire de la syphilis transmise à la mère par l'intermédiaire de l'enfant ; mais : du rôle de la mère en puissance d'accidents syphilitiques virulents pendant la grossesse, de son influence sur l'enfant qu'elle porte pendant neuf mois dans son sein.

J'essayerai d'étudier le rôle de la syphilis contractée par la mère : avant qu'elle soit fécondée ; soit pendant la grossesse ; au début de celle-ci, et vers la fin des derniers mois de la gestation.

Il n'est pas indifférent, pour le produit à naître, qu'une femme contracte la syphilis avant ou pendant la grossesse. Les conséquences qui en résultent pour l'enfant sont, en effet, tout à fait différentes.

C'est cette variété de syphilis infantile, d'origine maternelle, dont je me propose d'exposer les effets sous la dénomination de syphilis gravide.

Cette syphilis maternelle gravide demanderait de longs développements. Je ne puis en donner qu'un faible aperçu. Les circonstances présentes m'ont empêchée de pousser aussi loin que je l'aurais désiré l'histoire pathologique complète de la syphilis gravide dont les conséquences sont si graves¹ pour l'espèce et pour la race.

Ces conséquences, la lecture des statistiques et tableaux empruntés à différents auteurs en fera voir, en démontrera suffisamment la réalité.

SYPHILIS GRAVIDE

SON INFLUENCE SUR L'ENFANT

INTRODUCTION

Le travail inaugural que je présente sous le titre de : *Syphilis gravis, son influence sur l'enfant*, comporte les divisions suivantes.

Première partie : considérations générales sur la syphilis héréditaire et l'hérédité syphilitique.

Deuxième partie : la syphilis gravis.

Troisième partie : la syphilis héréditaire précoce et tardive.

Quatrième partie : l'hérédité syphilitique.

Cinquième partie : observations de syphilis gravis, documents et statistiques sur la syphilis gravis ; la syphilis héréditaire et l'hérédité syphilitique.

Conclusions.

J'ai pris comme base de mon travail la distinction établie par le docteur Gastou entre la syphilis héréditaire

qui fait des accidents et des lésions syphilitiques en nature dans lesquelles on trouve le spirochète, et l'hérédité syphilitique qui crée des dystrophies, des malformations et des prédispositions morbides qu'il est quelquefois fort difficile de distinguer de celles qu'elle créent chez les descendants : les maladies infectieuses, les intoxications, l'alcoolisme, la tuberculose chez les ascendants.

L'étude étiologique, pathogénique, anatomo-pathologique et clinique de l'hérédité morbide doit être toujours le guide sûr et indispensable dans l'étude de la syphilis héréditaire.

Il eût fallu baser ce travail sur l'étude du spirochète, de la réaction de Wassermann et des différents procédés que le laboratoire apporte à la clinique : je n'ai pu apporter cette confirmation scientifique faute des documents nécessaires. Cet essai est uniquement basé sur la clinique.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER. — Considérations générales sur la syphilis héréditaire et l'hérédité syphilitique.

a) Loi de Colles.

b) Loi de Profeta.

CHAPITRE II. — Les facteurs qui modifient la virulence de la syphilis.

a) Influence exercée par le temps.

b) Influence exercée par le traitement.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE ET L'HÉRÉDITÉ SYPHILITIQUE

La syphilis héréditaire est la transmission de la syphilis du père, de la mère ou des deux à l'enfant, avec toutes les conséquences qui en découlent.

L'enfant pouvant être atteint de manifestations syphilitiques très graves, pouvant être également une cause de contagion pour les personnes qui l'entourent : c'est donc une question sociale qui doit être étudiée avec la plus grande précision.

La syphilis héréditaire possède différents caractères qui lui ont fait donner le nom de *précoce* ou *tardive*. Elle est appelée également comme nous le dirons plus loin : *congénitale*. Nous sommes tous plus ou moins familiers du fait que la bactérie et les autres microbes des maladies infectieuses produisent, en dehors de leur transmission directe, également leurs effets par les substances chimiques qu'ils déposent dans le sang pendant leur accroissement dans l'organisme, ou quand ils meurent dans les tissus.

Il faut donc considérer que, chez l'enfant, tout l'organisme est altéré, non seulement du fait qu'il est infecté par un parent syphilitique, c'est-à-dire un parent qui a déjà une infection syphilitique générale, mais encore par les changements immédiats produits par le virus ou toxine syphilitique émanant de la vie et du développement du spirochète. Ce sujet exige une étude sérieuse.

En dehors de la question du passage direct du spirochète dans le sang, la syphilis héréditaire est liée à la transmission des toxines circulant dans le sang, toxines agissant dans la syphilis de la même façon que dans les maladies infectieuses et créant des conditions multiples : un développement imparfait, une vitalité diminuée, des lésions du système nerveux, tels que : épilepsie, imbecillité, démence, etc. Toutes ces conséquences se rattachent à l'hérédité vraie, c'est-à-dire aux conditions provoquées par les troubles imposés aux cellules germinales avant la fécondation et affectant l'enfant au moment de la conception.

On connaît actuellement l'étendue de l'infection syphilitique dans les différents pays. Elle a été reconnue responsable de dommages considérables chez l'homme.

Il s'ensuit que toutes les mesures prophylactiques et curatives contre la syphilis sont dignes de la plus haute considération.

Nous allons examiner comment est acquise chez l'enfant : la syphilis ; ses effets ; en montrant l'allure clinique de quelques cas. Il faut se rappeler que c'est le même spirochète qui produit, chez l'enfant, la même maladie originelle que chez les parents.

Le traitement chez l'un et chez l'autre doit être considéré comme semblable, c'est-à-dire être celui de la syphilis acquise.

La syphilis héréditaire est également appelée *syphilis congénitale* par le fait de la communication du poison syphilitique au fœtus dans l'utérus.

Autrefois, il était admis que la syphilis pouvait être transmise à l'enfant d'un parent seul. Ainsi se comprend la division établie autrefois de « germo-syphilis » : quand la transmission était due à la mère, le père étant sain : et « spermo-syphilis » : quand la transmission était due au père, la mère étant saine.

Il reste un doute considérable sur l'existence du « spermo-syphilis » pur. Tandis que la « germo syphilis » maternelle est un fait certain.

La transmission directe de la mère à l'ovule par la circulation générale n'est pas prouvée, mais il n'est pas montré qu'une telle transmission n'ait pas lieu.

Quoiqu'on ait trouvé des spirochètes dans l'œuf, ils peuvent y être arrivés *post mortem*.

La syphilis congénitale embrasse tous les cas qui montrent chez l'enfant les signes de syphilis au moment de la naissance ou très tôt après. Elle comprend les cas où la mère a été contaminée pendant la grossesse : soit au moment de la conception, soit post conceptionnellement. Il ne faut pas confondre la syphilis maternelle contractée pendant le cours de la grossesse et débutant par un chancre avec la syphilis conceptionnelle résultant de l'infection de la mère par un enfant procréé par un père syphilitique. C'est la première que nous appelons syphilis gravis dont il est question dans ce travail.

Dans la syphilis héréditaire, le virus va directement des fluides des parents aux fluides de l'enfant

Le terme « congénital » ne veut pas dire que l'enfant aura toujours des accidents au moment de la naissance,

Ceux-ci peuvent se montrer assez longtemps après. Nous en parlerons plus loin dans ce travail.

Il n'en est pas moins vrai que la tare, ou plutôt le virus vivant, est toujours existant chez l'enfant dès sa naissance.

a) LOI DE COLLES

En 1837, la loi de Colles à propos de la syphilis conceptionnelle proprement dite fait remarquer qu'une femme qui donne naissance à un enfant syphilitique procréé par un père syphilitique malgré qu'elle reste saine, acquiert un état de constitution qui la rend immunisée contre la syphilis pouvant exister chez son enfant, c'est-à-dire qu'elle est protégée contre la syphilis pour l'avenir et pourrait allaiter son enfant, étant elle-même immunisée.

L'enfant né d'une telle mère, s'il est donné à une nourrice étrangère saine, peut donner sa maladie à la nourrice.

Mais la mère, quand même sans accident apparent, peut donner le sein à son enfant sans être contaminée, ce qui prouve bien qu'elle est immunisée.

Comme nous l'avons dit, on discute encore qu'une mère peut procréer un enfant syphilitique d'un père syphilitique et rester elle-même immunisée, par le fait d'avoir donné naissance à un enfant syphilitique.

Mais si nous acceptons un « spermo-syphilis » on peut facilement concevoir qu'une mère peut recevoir l'immunité du virus du fait de l'infection fœtale, sans que ces tissus soient envahis par les spirochètes. Ainsi comme exemple, dans le typhus, l'immunité est obtenue par un sérum typhoïde sans qu'on introduise dans l'organisme des bacilles typhiques vivants.

On comprend facilement que, dans le cas de « spermo-syphilis », les spirochètes n'étant pas présentés on n'observe pas les lésions habituellement observées dans la syphilis virulente.

La syphilis maternelle est plus virulente pour l'enfant que la syphilis paternelle.

La transmission est mixte quand les deux parents sont syphilitiques.

La mère aura pu être tout à fait saine au moment de la conception et acquérir la maladie pendant sa grossesse et être ainsi contaminée par le fœtus, d'où le nom de syphilis gravis post-conceptionnelle.

D'après un grand nombre d'auteurs, la syphilis post-conceptionnelle pourrait laisser indemne l'enfant lorsqu'elle est contractée après le septième mois de la grossesse.

En résumé, une mère atteinte de syphilis peut avoir un enfant syphilitique sans présenter elle-même des accidents lorsque la syphilis est d'origine conceptionnelle.

Elle peut à l'inverse, comme nous venons de le dire, avoir des accidents et son enfant naître en apparence indemne de syphilis lorsqu'elle est atteinte de syphilis gravis post-conceptionnelle.

Ceci nous amène à étudier un fait important dans l'histoire de la syphilis conceptionnelle auquel on a donné le nom de loi de Profeta.

b) LOI DE PROFETA

Cette loi est par rapport à l'enfant ce que la loi de Colles est pour la mère, c'est-à-dire qu'un enfant né sain, conçu d'une mère infectée de syphilis, ne prendra pas la

syphilis de sa mère alors même que la mère viendrait à présenter les accidents les plus contagieux.

Mais ces deux lois : la loi de Colles et la loi de Profeta ne veulent pas dire qu'une mère ne puisse jamais recevoir la syphilis de son enfant et, vice-versa, un enfant ne jamais recevoir la syphilis de sa mère.

Comme le fait remarquer Fournier, il est en effet d'expérience commune qu'une mère n'est en rien réfractaire à la syphilis de son enfant lorsque cet enfant vient à contracter la syphilis après sa naissance par le fait d'une contamination acquise, et l'enfant n'est en rien réfractaire à la syphilis de sa mère lorsque cette mère est contaminée après la naissance de cet enfant.

En faveur de notre thèse, nous allons exposer la discussion de l'immunité que l'enfant ou la mère peuvent recevoir *in utero*, et nous allons décrire le phénomène de la transmission de la syphilis et ses dangers héréditaires.

CHAPITRE II

LES FACTEURS QUI MODIFIENT LA VIRULENCE DE LA SYPHILIS

« Les deux facteurs susceptibles de réagir sur la faculté de transmission héréditaire, dit Fournier, sont le temps et le traitement. » L'un de ces facteurs isolé de l'autre n'efface que lentement ou pas du tout la tare syphilitique. D'après Fournier, le minimum de cette double dépuration salutaire est de trois ans.

Diday précise ces observations en classant par ordre de gravité les conséquences pour le fœtus conçu par une femme syphilitique. D'abord, les avortements, ensuite les mort-nés, les enfants atteints de syphilis héréditaire, enfin les enfants indemnes.

Voici, d'après A. Fournier, des indications sur l'influence du temps sur la virulence.

a) INFLUENCE EXERCÉE PAR LE TEMPS

I. D'après Fournier (1), l'influence hérédo-syphilitique, qui s'exerce d'une façon très inégale aux divers âges de la maladie, comporte un maximum, et un maxi-

(1) Alfred Fournier. *L'Hérédité syphilitique*. Chapt XI.

mum considérable, énorme, qui correspond environ aux trois premières années de l'infection.

II. En second lieu, le maximum de ce maximum, si je puis ainsi parler, répond au plus jeune âge de la diathèse, c'est-à-dire, approximativement, à sa première année.

III. Enfin, au delà des trois premières années de la maladie, la décroissance de l'influence héréditaire se continue encore les années suivantes, mais d'une façon infiniment moins marquée.

Dans une statistique relative à l'hérédité mixte et reposant sur un total de 239 grossesses, la mortalité infantile s'est traduite par les chiffres suivants :

Première année.	88
Deuxième année	34
Troisième année	17
Quatrième année.	7
Cinquième année.	5
Sixième année.	6
Septième année	5
Huitième année	5
Neuvième année	1
Dixième année.	1
Onzième année.	2
Douzième année	3
Dix-huitième année.	1
Vingtième année.	1

A dater de l'infection maternelle dans le mariage.

Maintenant, voulez-vous qu'au lieu de l'hérédité mixte nous prenions l'hérédité maternelle ou paternelle pour y étudier de même l'influence du temps? Nous y retrouverons les mêmes résultats, à savoir : toujours cette même loi de décroissance de par le temps. A preuve :

Sur 21 cas de mort par hérédité syphilitique maternelle, 12 se sont produits dans les trois premières années de l'infection de la mère ; et, sur ces douze cas, 6 dans la première année.

D'où les conclusions :

1° Qu'il est, dans la syphilis, une période particulièrement dangereuse au point de vue des risques héréditaires, et que cette période qui s'étend environ aux trois premières années de la maladie, correspond assez exactement à ce qu'on a appelé la période secondaire ;

2° Que, dans cette période, à son tour, il est une époque où l'influence héréditaire atteint un fastigium, un summum de nocivité, si je puis ainsi dire, au point de devenir littéralement maligne, pernicieuse pour l'embryon ; et que cette époque répond, approximativement, à la première année de l'infection.

A cette époque, au cours de cette première année, la transmission héréditaire de la maladie s'exerce d'une façon pour ainsi dire fatale, et s'exerce sous sa modalité la plus grave, à savoir : l'inaptitude à la vie, la mort à brève échéance. C'est à proprement parler l'année terrible. Qu'un dernier témoignage achève de vous convaincre à cet égard.

« J'ai vu, de mes yeux vu dit Fournier, ceci : 90 femmes, contagionnées par leur mari, sont devenues enceintes dans la première année de leur syphilis.

» Or, à quels résultats ont abouti ces 90 grossesses? Vous n'oseriez le soupçonner :

» 50, se sont terminées par avortement ou expulsion d'enfants mort-nés ;

» 38 par naissance d'enfants qui se sont rapidement éteints ;

» Et 2 par naissance d'enfants qui ont survécu.

» Au total, donc, comme dénouement, 88 morts sur 90 grossesses ! C'est à n'y pas croire, n'est ce pas ? Et telle est cependant la stricte, l'absolue vérité. »

b) INFLUENCE EXERCÉE PAR LE TRAITEMENT

L'influence du traitement sur l'atténuation de la virulence de la syphilis est de plus en plus démontrée, surtout depuis que les nouvelles méthodes curatives ont été appliquées dans le traitement de la syphilis maternelle.

Déjà, en 1906, dans son rapport sur la syphilis, héréditaire et l'hérédité syphilitique, M. le docteur Gastou écrivait ceci (1) :

« L'influence heureuse du traitement de la syphilis des parents sur la descendance permet d'émettre les proportions suivantes :

» 1^o La syphilis, quelle que soit son ancienneté, sa forme, son origine : paternelle, maternelle ou conjugale, est toujours et également dangereuse pour la descendance.

» 2^o La syphilis se transmet en nature, tue l'enfant, ou le fait naître taré, dégénéré ou dystrophie.

» 3^o La syphilis agit comme maladie spécifique ou comme maladie toxi-infectieuse.

(1) Page 182.

» 4° La syphilis, maladie spécifique, se transmet sous forme de syphilis héréditaire, se caractérisant, soit par des accidents ou des stigmates de nature syphilitique, soit par des stigmates dystrophiques, en rapport avec des accidents syphilitiques, ayant évolué *in utero*.

» 5° La syphilis, maladie toxi-infectieuse, agit au même titre que l'hérédité morbide, en général dénommée dans cette action : hérédo-syphilis ; elle n'a dans ses manifestations aucun caractère qui lui soit propre.

» 6° La conception actuelle de l'hérédité syphilitique, au même titre que celle de la para-syphilis, entraîne un déterminisme de fatalité contraire à toute intervention thérapeutique.

» 7° La notion de syphilis héréditaire implique, au contraire, un traitement préventif des procréateurs, prophylactique de la transmission, en même temps que curatif de la maladie héréditaire.

» 8° Le traitement spécifique mercuriel étant chez la syphilitique, quelle que soit la forme ou l'ancienneté de la syphilis, la sauvegarde de la famille, il en résulte que :

» 9° Tout syphilitique, atteint de syphilis peu virulente, datant de trois à quatre ans, régulièrement traité, sans tares individuelles ou familiales toxiques, infectieuses ou dégénératives, peut fonder une famille, après examen médical complet de son système nerveux et de tous ses organes.

» 10° Tout syphilitique avant de procréer, quelle que soit l'ancienneté de sa syphilis, la nature de celle-ci ou la médication déjà faite, doit subir un traitement mercuriel actif.

» 11° Toute femme qui procrée du fait d'un syphilitique virulent ou non, récent, ancien, ou latent, qu'elle ait présenté au non des accidents syphilitiques, doit être traitée

dès le début et pendant tout le cours de la grossesse.

» Quel que soit le caractère d'absolutisme de cette proposition, je la maintiens formellement. D'autres l'ont émise avant moi ; elle a, je crois, l'appui du professeur Pinard ; elle est, en tout cas, une sauvegarde pour l'enfant à naître, une garantie pour la descendance, un espoir réconfortant pour le malade et le médecin. »

DEUXIÈME PARTIE

LA SYPHILIS GRAVIDE

CHAPITRE PREMIER. — De l'influence de la syphilis maternelle sur l'enfant.

CHAPITRE II. — Les stigmates obstétricaux

CHAPITRE III. — Le placenta syphilitique.

CHAPITRE IV. — La syphilis congénitale de l'enfant, d'origine gravide

DEUXIÈME PARTIE

LA SYPHILIS GRAVIDE

Nous pouvons, de nos observations de clinique et des observations faites par les syphiligraphes les plus autorisés, comme M. le docteur Gastou, déduire : que, dans l'immense majorité des cas, la syphilis quant à l'enfant est la plus redoutable lorsqu'elle est contractée au début de la grossesse avant le sixième mois ou lorsqu'elle est contractée antéconceptionnelle et n'a pas été soignée.

La syphilis antéconceptionnelle ou ayant été reçue avant le troisième mois de la gravidité prédispose beaucoup à l'avortement. La syphilis contractée entre le troisième et le septième mois menace le fœtus d'être macéré. C'est la plus nocive pour la santé de la mère.

En réunissant l'ensemble des cas publiés, nous pouvons conclure que la femme qui contracte la vérole à dater du septième mois donne naissance le plus souvent à un enfant à terme mais peut procréer un enfant atteint d'accidents syphilitiques en nature ou qui présentera les stigmates de l'hérédo-syphilis

CHAPITRE PREMIER

DE L'INFLUENCE DE LA SYPHILIS MATERNELLE SUR L'ENFANT

D'après M. le docteur Gastou, « toute la question de l'hérédité morbide gravite autour de la mère, et par suite toute l'étude de la syphilis héréditaire et de l'hérédité syphilitique doit partir de la conception ». Il accentue la nécessité de déterminer l'emploi des mots hérédité, héréditaire, conception, signes, stigmates, etc., et les idées directrices de son admirable rapport au XV^e congrès international de médecine à Lisbonne, 19-26 avril 1906, étaient les suivantes :

« 1^o La définition exacte de chacun des termes employés dans les observations, avec leur acception française, indiquée en particulier par Littré ou les auteurs compétents. (Encyclopédies et dictionnaires)

» 2^o L'étude préalable de l'hérédité pathologique et de ses différents modes, c'est à dire, d'après lui, hérédotransmission, hérédotagion, hérédot morbidité intra-utérine.

» 3^o La notion de la conception. Point capital, nœud de la question tout entière de la syphilis héréditaire et de l'hérédité syphilitique ; d'où dérivent les questions de

l'état antérieur préconceptionnel des procréateurs, de la virulence, de la latence, de l'imprégnation, de la contagion et des maladies fœtales.

Gastou fait trois modalités de l'hérédité morbide :

« L'hérédo-transmission, qui par l'acte de la fécondation, soit par le spermatozoïde ou l'ovule, soit par l'association spermato ovulaire, fait passer chez le produit les caractères du père, de la mère ou des deux à la fois.

» L'hérédo-contagion, qui, de la mère ou par l'intermédiaire de la mère, fait passer la maladie à l'embryon ou au fœtus, véritable transmission utéro-placentaire par contagion directe.

» L'hérédo-morbidité intra-utérine, qui, peut résulter des deux premiers modes par viciation primitive de la nutrition du germe mâle ou femelle, ou en est indépendante et crée chez l'embryon ou le fœtus toute une série de maladies ou de dystrophies consécutives constituant toute la série des affections congénitales. On peut désigner cette hérédo morbidité par le nom de : hérédo congénitalité, hérédo-gravidité, hérédité gestative ou obstétricale. »

Gastou, en appliquant ces données à l'étude de la syphilis, étudie séparément :

« *L'hérédo-transmission* résultant du passage à l'enfant d'une syphilis du père, de la mère ou des deux, antérieure à la conception.

» *L'hérédo-contagion* ou syphilis d'inoculation, donnée toujours par la mère à l'enfant après la conception. L'hérédo gestation ou hérédo-gravidité, qui dérive indirectement de la syphilis. Elle peut être provoquée par toute affection, toute tare maternelle antérieure, ou concomitante à la grossesse, troublant le développement normal de l'embryon et du fœtus ; elle peut également tenir d'un

vice originel paternel dépendant ou non de la syphilis, et déterminant une maladie embryonnaire ou fœtale aboutissant à l'impossibilité du développement du produit, à sa mort, ou à la dystrophie. »

CHAPITRE II

LES STIGMATES OBSTÉTRICAUX (1)

1° La mortalité entraînant la stérilité.

2° Les avortements et fausses couches.

3° La naissance de débiles et de prématurés.

4° L'expulsion à terme de mort-nés, macérés ou non, hydropiques, hydrocéphales.

5° L'expulsion à terme d'enfants vivants, mourant aussitôt d'asphyxie brusque, de sclérème, de convulsions, d'hémorragies, ou sans causes apparentes.

6° La naissance d'enfants atteints de nævi, d'angiomes, d'arrêts de développement, d'amputations et malformations congénitales, ectromélie, syndactylie, polydactylie, bec-de-lièvre, voûte ogivale, lèvre bifide, de spina bifida, pied bot, doigts bords, anomalies de l'œil, de l'oreille et des dents.

7° La naissance de véritables monstres.

8° Les anomalies placentaires : l'hydramnios, l'insertion vélamenteuse, le placenta prævia, les dystocies, les anomalies et complications de l'accouchement.

(1) Docteur Paul Louis Gastou. Rapport au XV^e congrès international de médecine. Lisbonne, 19-26 avril 1906.

CHAPITRE III

LE PLACENTA SYPHILITIQUE

Nos idées sur la pathogénie du placenta syphilitique ne se sont pas profondément modifiées dans ces derniers temps. On considérait autrefois, c'est vrai, qu'il existait un rapport presque constant entre le poids du fœtus normal à terme et le poids de son placenta et que le poids normal du placenta devait être inférieur au sixième.

Où il y avait un processus morbide dont le principal caractère était l'hypertrophie du placenta, là on voyait un signe certain de syphilis. Mais aujourd'hui nous n'admettons plus que l'équilibre entre le poids du fœtus et le poids du placenta puisse seul déduire une loi infaillible pour ou contre la syphilis.

Labourdette(1), dans sa thèse de 1913, offre les conclusions que nous voulons bien affirmer. Ses recherches portent sur un total de 230 observations. Il a éliminé, de parti pris, les fausses couches et les macérés. Un grand nombre de ces observations ont été recueillies à la clinique de Tarnier.

1° Dans la syphilis, le placenta est beaucoup moins souvent augmenté de poids que ne le dit la théorie classique. Ce signe n'a pas plus de valeur pathognomonique

(1) P. Labourdette. *Gros placentas et syphilis*, 1913.

que les autres altérations macroscopiques du placenta, du moins lorsque l'enfant est à terme.

2° Chez les prématurés syphilitiques, le rapport placentaire est généralement élevé, et cela d'autant plus que le fœtus est plus loin du terme. Mais cette augmentation du poids du placenta paraît être moins imputable à la syphilis qu'au faible développement de l'enfant.

3° Tout enfant robuste et sain en apparence, naissant d'une mère paraissant saine, ne doit pas être nécessairement considéré comme syphilitique, du fait seul que son placenta est lourd, et nous croyons que l'on peut sans crainte le confier à une nourrice.

« Lorsque l'enfant est faible, débile, avec néanmoins un placenta très lourd, on ne peut le condamner à courir les risques de l'allaitement artificiel sur la simple constatation du poids de son placenta. Les renseignements fournis par la séroréaction de Wassermann suffiront, à notre avis, pour trancher la question »

Fraenkel (1), en 1873, a attiré l'attention du monde médical sur l'existence d'un placenta syphilitique. Il affirme que les villosités sont infiltrées de petites granulations qui oblitèrent leurs vaisseaux et les espaces intervillositaires de même, le fœtus ainsi privé dans le champ de l'hématose succombe par apnée. M. le professeur Vallois (2) a fait quelques recherches microscopiques contrôlées par M. Morel, professeur d'histologie à la Faculté de Nancy ; ces recherches tendraient également à prouver la spécificité des lésions placentaires.

Les caractères macroscopiques souvent observés sont les indurations fibroïdes, un épaississement des villosi-

(1) *Archiv für Gynaekologie*.

(2) Vallois. *A propos du placenta syphilitique*, p. 256.

tés, des foyers gommeux, des hémorragies. L'œdème du placenta est souvent très prononcé et la face utérine est divisée par de très gros cotylédons séparés par des sillons profonds.

Dans la majorité des cas, sa coloration est pâle, blanc jaunâtre.

D'après Hermann et Morel, on a noté sur le cordon l'inflammation sclérosante des parois vasculaires.

Le placenta, d'après Baumm (1), mérite un examen attentif. Dans les cas de syphilis, son poids et ses dimensions sont presque toujours plus considérables qu'ils ne devraient l'être d'après l'âge et le développement du fœtus.

Si l'infection est congénitale d'origine paternelle, c'est la partie fœtale du placenta qui est principalement affectée.

Les villosités sont épaissies par l'infiltration de petites cellules et prennent un aspect massif ; leurs vaisseaux sont en partie oblitérés, les espaces intervilleux de même. Si la mère était déjà syphilitique au moment de la conception ou qu'elle le devienne pendant la grossesse, c'est alors la partie maternelle de l'organe (caduque sérotine) qui peut devenir le siège des lésions spécifiques ; il se forme, en ce cas, dans la sérotine et les prolongements qu'elle envoie entre les cotylédons, des tubercules semblables à des gommes, ramollis, caséeux.

(1) Docteur Ernest Baumm. Précis d'obstétrique par le docteur Ed. Payot, médecin à Lausanne.

CONDITIONS HISTOLOGIQUES DU PLACENTA
DANS L'HÉRÉDO-CONTAGION (1)

Les capillaires sanguins du fœtus dessinent, à la surface de la villosité placentaire, un abondant réseau qui n'est séparé des lacs sanguins maternels que par une ou deux couches épithéliales, plasmodium et cellules de Langhans.

A l'état normal, cette mince bordure cellulaire est intacte et elle forme une barrière infranchissable.

Mais en est-il de même à l'état pathologique, peut-il y avoir, alors, libre communication entre le sang fœtal et les milieux maternels ? L'effraction placentaire chez le fœtus humain peut se faire par deux processus différents .

- a) Par la rupture des capillaires sanguins ;
- b) Par la pénétration des leucocytes dans la villosité.

Dans le placenta syphilitique qui offre si souvent des lésions plasmodiales, la pénétration des leucocytes dans la villosité s'observe très fréquemment. Tantôt les polynucléaires franchissent un à un la barrière plasmodiale de la villosité, tantôt ils la traversent en masse et viennent former des nodules dans son tissu conjonctif.

Les conditions qui facilitent le passage des éléments figurés du sang maternel jusqu'au sang fœtal sont donc de deux ordres : les lésions plasmodiales, dues aux plasmolysines, qui permettent aux leucocytes d'envahir la

(1) MM. L. Nattan-Larrier, Brindeau. Présence du *spirochæta pallida* dans le placenta syphilitique, p. 468.

villosité ; les lésions des capillaires fœtaux, dues aux substances vaso-dilatatrices, qui provoquent l'ectasie des vaisseaux et amènent la rupture.

Mohr, Bar et Graefenberg ont trouvé des spirochètes une fois dans l'examen de trois placentas syphilitiques.

Emmons avec beaucoup de difficultés a démontré la présence de spirochètes dans le cordon, mais il n'y a pas trouvé de lésions spécifiques. Quelquefois on voit une infiltration inflammatoire au bout fœtal du cordon qui peut être attribuée à la syphilis.

CHAPITRE IV

LA SYPHILIS CONGÉNITALE DE L'ENFANT D'ORIGINE GRAVIDE — SES SIGNES

RÉSUMÉ DES OBSERVATIONS DES CAS CITÉS PAR NOUS DANS CETTE THÈSE(1)

Syphilis contractée avant la grossesse.

Premier cas. — Enfant prématuré, huit mois et demi, mort le vingtième jour de sclérème avec spirochète.

Deuxième cas. — Enfant né à terme, atteint de syphilis précoce. Présente une dermatose séborrhéique localisée à la plante des pieds, aux sourcils et à la face. Un anus vulvaire supplémentaire.

Troisième cas. — Enfant prématuré de cinq mois et demi, vivant. Mort immédiate sans accidents syphilitiques.

Quatrième cas. — Enfant vivant, à terme. Mort vingt-quatre heures après. Examen du placenta. Poids 530 grammes.

1° Les villosités sont deux ou trois fois plus grosses qu'à l'état naturel.

(1) Cas recueillis chez M. le professeur Vallois et dans le service vénérologique de M. le docteur Gastou. (Voir page 65 et suivantes.)

2° L'épithélium de surface est bien conservé avec des noyaux très nets, coloré vivement en rouge par le picro-carmin.

3° Dans les endroits où l'épithélium est enlevé, on voit le corps de la villosité coloré en jaune par l'acide picrique. L'aspect normal a disparu. On aperçoit de nombreuses gouttelettes graisseuses (dégénérescence). Le vaisseau central est invisible sur la plupart des points. Dans les endroits où on l'aperçoit, il paraît atrophié et fibreux.

Examen du cordon ombilical. On remarque qu'en plusieurs endroits le tissu muqueux normal est remplacé par du tissu fibreux. Le diamètre de la veine ombilicale est très augmenté.

Examen de l'enfant. On ne constate aucune lésion spécifique. Le foie et la rate montrent une augmentation considérable.

Syphilis gravide avant le sixième mois.

Premier cas. — Le fœtus est macéré. Sur la poitrine et l'abdomen, l'épiderme est enlevé. La moindre pression au niveau des membres, supérieurs et inférieurs, détache de larges lambeaux épidermiques. Les os du crâne se meuvent les uns sur les autres.

Deuxième cas. — Fœtus prématuré. Mort vingt-huit heures après. Sur le cou, la poitrine, l'abdomen, le dos, les membres supérieurs et inférieurs, on trouve des macules rougeâtres de l'étendue d'une pièce de deux francs environ.

Troisième cas. — Fœtus mort. La peau ne recouvre pas toute la paroi abdominale antérieure. Elle s'arrête brusquement à six centimètres environ de l'insertion du

cordon. A ce niveau, la paroi abdominale est représentée par une membrane transparente à peu près de même couleur que le cordon. L'anوس n'existe pas. Les organes génitaux sont représentés par un petit appendice, ne présentant aucun orifice. A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule un peu de liquide clair, jaunâtre.

Quatrième cas. — Fœtus macéré. Sur la poitrine et l'abdomen, la chute de larges lambeaux d'épiderme laisse voir le derme coloré en rouge. Ça et là, sur les membres inférieurs on trouve le derme à nu. La figure est ratatinée. Les os du crâne jouissent d'une grande mobilité.

Syphilis gravidе après le sixième mois

Premier cas. — Enfant né bien portant. Accidents de syphilis quelques jours après la naissance. Des boutons à la région ano génitale. Quelques semaines plus tard, une éruption papulo-érosive de couleur rougeâtre sur les fesses, autour de l'anوس, sur les cuisses, sur le scrotum et au pénis. Sur le bas ventre, on remarque de larges plaques érythémateuses ; au talon gauche il existe une petite macule. Syphilides érosives des lèvres. L'enfant a du coryza.

Deuxième cas. — Enfant sain. Né à terme.

Troisième cas. — Enfant à terme sain.

Quatrième cas. — Enfant sain.

Cinquième cas. — Enfant né sain. Premiers accidents au troisième jour. Macules généralisées sur le corps et plaques muqueuses dans la bouche.

TROISIÈME PARTIE

LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE PRÉCOCE ET TARDIVE

TROISIÈME PARTIE

LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE PRÉCOCE ET TARDIVE

LE NOUVEAU-NÉ

Le nouveau-né syphilitique présente de nombreuses particularités. Le diagnostic de la syphilis congénitale est quelquefois extrêmement difficile à poser lorsque les troubles généraux sont peu prononcés et se limitent à ceux de la nutrition, souvent l'enfant meurt sans signes cliniques apparents et le diagnostic se fait par les lésions constatées à l'autopsie.

Le foie, augmenté de volume, contient des spirochètes. Les lobules hépatiques, faisant saillie, sont séparés par une accumulation de cellules embryonnaires. Au microscope, on trouve des spirochètes particulièrement entre les épithéliums glandulaires périvasculaires (Nicolas, Favre, André, Levaditi et Sauvages). Lorsque la terminaison fatale ne survient pas rapidement, les foyers atteints n'opèrent plus, et l'on voit apparaître l'ictère chez les nouveau-nés syphilitiques.

Bar et Fissier ont attiré l'attention sur la péri-artérite

généralisée, l'augmentation de la rate, les lésions des reins. Tous les viscères peuvent être attaqués. Bar voudrait faire remonter à la syphilis l'origine de la dégénérescence polykystique.

Les méninges sont atteints d'une inflammation qui diffuse dans la partie nerveuse sous-jacente.

Lorsque de telles altérations anatomiques peuvent se manifester, on ne doit pas être surpris de constater chez l'enfant syphilitique un faciès très particulier souvent comparé à un ouistiti à cause de l'air vieillot, amaigri, la peau ridée, couleur café au lait. Son cri est rauque ou même sans timbre. La gorge est rouge, érythémateuse, il peut se produire des plaques muqueuses. Il y a quelquefois des accès de suffocation mortels dus à l'œdème infiltré dans le larynx. L'enfant peut arriver à un état de cachexie syphilitique ou marasme amenant la mort sans qu'il y ait des lésions apparentes sur la peau et malgré une nourriture suffisante.

Le symptôme le plus précoce est le coryza annoncé par un enchifrènement bien connu. Il est causé par un gonflement inflammatoire de la membrane muqueuse du nez. Au début, c'est un suintement séreux ; puis, l'écoulement devient séro-purulent, mettant obstacle à la respiration qui peut même être arrêtée par une accumulation de sécrétion empêchant ainsi l'enfant de téter, et si l'enfant n'a pas une nourriture artificielle, la mort surviendra.

Plus tard, l'écoulement du nez devient sanieux. Il y a en même temps des petites hémorragies, la production de croûtes. L'odeur est pénétrante, fétide. Les plaques muqueuses apparaissent autour de la bouche et des narines. Des fissures se montrent, recouvertes de croûtes sanguinolentes, fortement suintantes, douloureuses. Si la maladie progresse, les petits os du nez sont affectés. La

carie ou ramollissement suit, les séquestres tombent aussi, le nez peut être déformé ou bien il y a des cicatrices durables.

Avant le coryza, simultanément ou plus tard, la peau peut présenter des éruptions variées sous la forme d'érythèmes, macules, papules, pustules ou bulles, tubercules. Les lésions les plus caractéristiques sont : des syphilides érythémateuses ; du pemphigus, qui débute par des taches lie de vin, siégeant à la paume des mains et à la plante des pieds, des syphilides maculeuses siégeant autour de la bouche, papuleuses et de couleur jambonnée. Assez souvent les premières lésions cutanées sont les plaques rougeâtres, qui varient en grosseur d'un ongle ou d'une paume de main, apparaissant généralement sur les fesses, les cuisses ou les parties génitales ; quelquefois ces plaques sont confluentes et comprennent toute la partie inférieure du tronc et les fesses ; dans ce cas, la couleur est intense, rouge jaunâtre.



QUATRIÈME PARTIE

L'HÉRÉDITÉ SYPHILITIQUE

CHAPITRE PREMIER. - Énumération et groupement des signes et stigmates de dégénérescence des descendants de syphilitiques (1^{re}, 2^e, 3^e et 4^e générations).

CHAPITRE II. — Observations sur la syphilis anté-conceptionnelle et post conceptionnelle.

CHAPITRE PREMIER

ENUMÉRATION ET GROUPEMENT DES SIGNES ET STIGMATES DE DÉGÉNÉRESCENCE DES DESCENDANTS DE SYPHILITIQUES (1^{re}, 2^e, 3^e et 4^e GÉNÉRATIONS)

Dans ce chapitre, je résume les stigmates et dystrophies de l'hérédité syphilitique en les empruntant au docteur Gastou, dont je cite le texte du rapport sur la *Syphilis héréditaire et l'hérédité syphilitique* (1).

Voici ce qu'il écrit :

« Je signale, en premier lieu, d'après le relevé des 4.800 observations que j'ai mentionnées ici sous forme de tableaux statistiques :

Les avortements, fausses couches, la naissance à terme ou prématurée d'enfants débiles, mort nés, morts et macérés ; la mort immédiate, subite quelques jours ou quelques semaines après la naissance ; les hémorragies localisées ou généralisées, la diminution de poids, sans

(1) Dr Paul-Louis Gastou. Rapport au XVI^e Congrès international de médecine. Lisbonne, 19-26 avril 1906.

motif, desquels il faut rapprocher peut-être certains stigmates obstétricaux : hydramnios, môle hydatiforme, altérations placentaires, placenta prævia, dystocies, accidents du travail et des suites de couches.

A ces stigmates s'ajoutent ceux mentionnés par le docteur Ed. Fournier dans sa thèse et groupés par lui ainsi :

I. *Dystrophies d'ordre général.*

1° Habitus, facies, constitution. Chétivité native, inaptitude à la vie, dystrophie générale entraînant la mort sans raison, athrepsie. Enfants malingres, débiles, délicats, maladifs, difficiles à élever, à teint terne et terreux.

2° Retards et imperfections du développement physique.

Infantilisme, croissance pénible, taille petite, gracilité, nanisme, rachitisme, exostoses ostéogéniques.

II. — *Dystrophies partielles*

Malformations craniennes. Front : olympien, à bosselures latérales, en carène. Crâne bosselé, élargi, natiforme. Asymétrie cranienne. Synostoses. Acrocéphalie (voûte cranienne élevée). Dolichocéphalie. Scaphocéphalie (tête allongée). Microcéphalie. Circulation cranienne supplémentaire.

Dystrophies dentaires : retard de l'évolution dentaire ; érosions dentaires, en cupule, en sillon, en nappe.

Dystrophies cuspidiennes :

Dents d'Hutchinson. Microdontisme. Nanisme. Gigantisme. Anomalies de forme. Vulnérabilité dentaire. Absence de dents. Persistance des dents de lait.

Malformation des mâchoires :

Mâchoire supérieure : rétrécissement transverse, ogivalité de la voûte palatine, dystrophie de l'arcade dentaire supérieure, dystrophie de l'os incisif, asymétrie.

Mâchoire inférieure : aplatissement transverse, prognathisme inférieur, engrenage vicieux des arcades dentaires. Irrégularité d'implantation dentaire. Espacement anormal de certaines dents. Bec-de-lièvre.

Dystrophies nasales : nez écrasé à la base, occlusion congénitale des narines (1).

Dystrophies oculaires : malformations palpébrales, colobome des paupières, de la pupille, des membranes du fond de l'œil, anomalies pupillaires.

Dissymétrie oculaire. Dénivellation oculaire. Strabisme. Altérations pigmentaires de la rétine.

Malformations du pavillon de l'oreille.

Dystrophies rachidiennes : scoliose, spina bifida. Dystrophies des membres : hypotrophie, asymétries.

Elongation des membres. Gigantisme partiel localisé, gigantisme total.

Nanisme partiel et général. Polydactylie. Syndactylie. Brachydactylie. Ectrodactylie. Ectromélie. Ilémimélie.

Dystrophies pelviennes. Luxation congénitale de la hanche. Pieds bots. Dystrophies cérébrales et médullaires. Surdi-mutité. Dystrophies cardiaques et vasculaires : maladie bleue. Microsphygmies. Dystrophies de l'appareil digestif : imperforation anale. Dystrophies génito-urinaires ; exstrophie, épispadias, hypospadias.

Ectopie testiculaire. Cryptorchidie. Malformations vulvaires, vaginales, utérines.

(1) Stigmates dystrophiques de l'hérédosyphilis par le docteur Edmond Fournier. Rueff, Paris, 1898.

Dystrophies cutanées : ichtyose, alopécies péladoïdes, nævi, kystes dermoïdes, sclérodermie.

Dystrophies des annexes fœtales.

Monstruosités.

Dystrophies du développement intellectuel : retard, imperfection. Dystrophie prédisposition. Adipose générale ou partielle. Hypertrophie mammaire. Scrofulo-tuberculose : adénopathies strumeuses, tuberculisation pulmonaire, coxalgie, mal de Pott, tumeurs blanches.

Dystrophies cérébro-spinales : convulsions, méningite, tabès, paralysie générale, tabès congénital spasmodique. Névroses : épilepsie, hystérie, neurasthénie, nervosisme général. Bégaiement. Tics. Incontinence d'urine.

A tous ces stigmates déjà nombreux il faudrait ajouter : l'hémoglobinurie paroxystique, la maladie de Raynaud et les dystrophies de seconde génération, qui, d'après M. le docteur Barthélemy, comporteraient une hérédité syphilitique proprement dite, et la parahérédo-syphilis aboutissant à la déchéance individuelle et à la dégénérescence de la race.

Je serais incomplète si je ne mentionnais pas ici l'opinion de M. le professeur Gaucher relative à la fréquence de l'appendicite, des végétations adénoïdes et des accidents dits scrofuleux chez les syphilitiques héréditaires ou, ainsi qu'il le dit, chez les hérédo-syphilitiques.

Ceux-ci présenteraient une prédisposition spéciale du tissu lymphatique ou lymphoïde qui expliquerait certaines localisations morbides.

En somme, il n'est pas de troubles de nutrition, de dystrophies, de malformations que l'on n'ait rattaché à la syphilis.

CINQUIÈME PARTIE

OBSERVATIONS ET STATISTIQUE SUR LA SYPHILIS MATERNELLE

(GRAVIDE — CONCEPTIONNELLE — PAR IMPRÉGNATION)

Tableau I. — De la marche à suivre dans l'enquête sur la descendance des syphilitiques (d'après le docteur Gastou) (1).

OBSERVATIONS DE SYPHILIS GRAVIDE

1^{er} GROUPE. — Syphilis anté conceptionnelle.

2^e GROUPE. — Syphilis gravis du premier au sixième mois.

3^e GROUPE. — Syphilis gravis après le sixième mois.

Tableau II. — Statistique sur la syphilis maternelle.

Tableaux III, IV, V, VI. — Hérédité-morbidité gravis.

Tableau VII. — Syphilis anté-conceptionnelle.

Tableau VIII. — Syphilis maternelle post-conceptionnelle.

Tableau IX. — Syphilis maternelle. (Tabes)

Tableau X. — Syphilis maternelle. (Paralysie générale.)

Tableau XI. — Syphilis maternelle par imprégnation.

(1) Les tableaux de I à XI sont extraits du travail du docteur Gastou : Rapport au XV^{me} Congrès international de Lisbonne, 19-26 avril 1916. *La syphilis héréditaire et l'hérédité syphilitique.*

CINQUIÈME PARTIE

OBSERVATIONS ET STATISTIQUE SUR LA SYPHILIS MATERNELLE

(GRAVIDÉ — CONCEPTIONNELLE — PAR IMPRÉGNATION)

Tableau I ⁽¹⁾

ENQUÊTE SUR LA DESCENDANCE DES SYPHILITIQUES

ENQUÊTE MATERNELLE

I. — Enquête sur la syphilis.

Chancre : Epoque d'apparition

Siège.

Evolution.

Absence.

Evolution de la syphilis.

Nature des accidents.

Traitement suivi.

Epoque.

Nature.

Durée.

(1) D^r Paul Gastou. Rapport au XV^me Congrès international de médecine. Lisbonne, 19-26 avril 1906.

II. — Enquête génitale.

Menstruation.

Etat des organes génitaux.

Epoque du mariage.

III. — Enquête obstétricale.

Nombre de grossesses.

Date des grossesses.

Accidents syphilitiques avant la grossesse.

— — pendant la grossesse

— — après la grossesse.

Incidents de la gestation.

Dystocie.

Etat du produit : A terme.

— Prématuré.

— Mort-né.

— Macéré.

Etat du placenta.

Hydramnios.

Anomalies fœtales.

Gémelliparité.

Monstruosités.

Stérilité.

IV. — Enquête sur la morbidité (locale et générale).

Maladies anté-conceptionnelles,

— prêt-conceptionnelles.

— post conceptionnelles.

V. — Enquête sur l'hérédité.

Ascendants : Paternels

— Maternels.

— Fécondité.

— Anomalies obstétricales.

a Colléraux : Frères et sœurs.

— Oncles et neveux.

Tares familiales : Nerveuses.
— Toxi-infectieuses.
— Néoplasiques.
Consanguinité.

ENQUÊTE INFANTILE

I. Enquête sur la syphilis.

A) *Accidents syphilitiques héréditaires.*

Syphilis : Congénitale.
— Pemphigus.
— Autres manifestations.
Syphilis précoce
Syphilis tardive : Signes.
— Stigmates

II. — Enquête sur la morbidité.

B) *Tares héréditaires.*

Inaptitude à la vie.
Dystrophies générales : Débilité.
— — Retard de développement.
Dystrophies locales : Œil.
— Oreilles.
— Dents.
— Squelette.
— Peau.

C) *Maladies congénitales.*

Arrêts de développement.
Malformations.
Monstruosités.
Maladies organiques.
Troubles de nutrition.
Prédispositions.
Maladies fonctionnelles.

d) *Maladies infantiles.*

Avant la chute du cordon.

De la chute du cordon à la première dentition.

Après la première dentition.

III. — Enquête sur l'allaitement et la croissance.

Nature de l'alimentation.

Dentition.

Précocité intellectuelle.

Marche.

IV. — Enquête sur les collatéraux.

Rang du sujet dans la famille.

Frères.

Sœurs.

Polymortalité : Nombre de morts.

— Cause présumée.

Etat de santé.

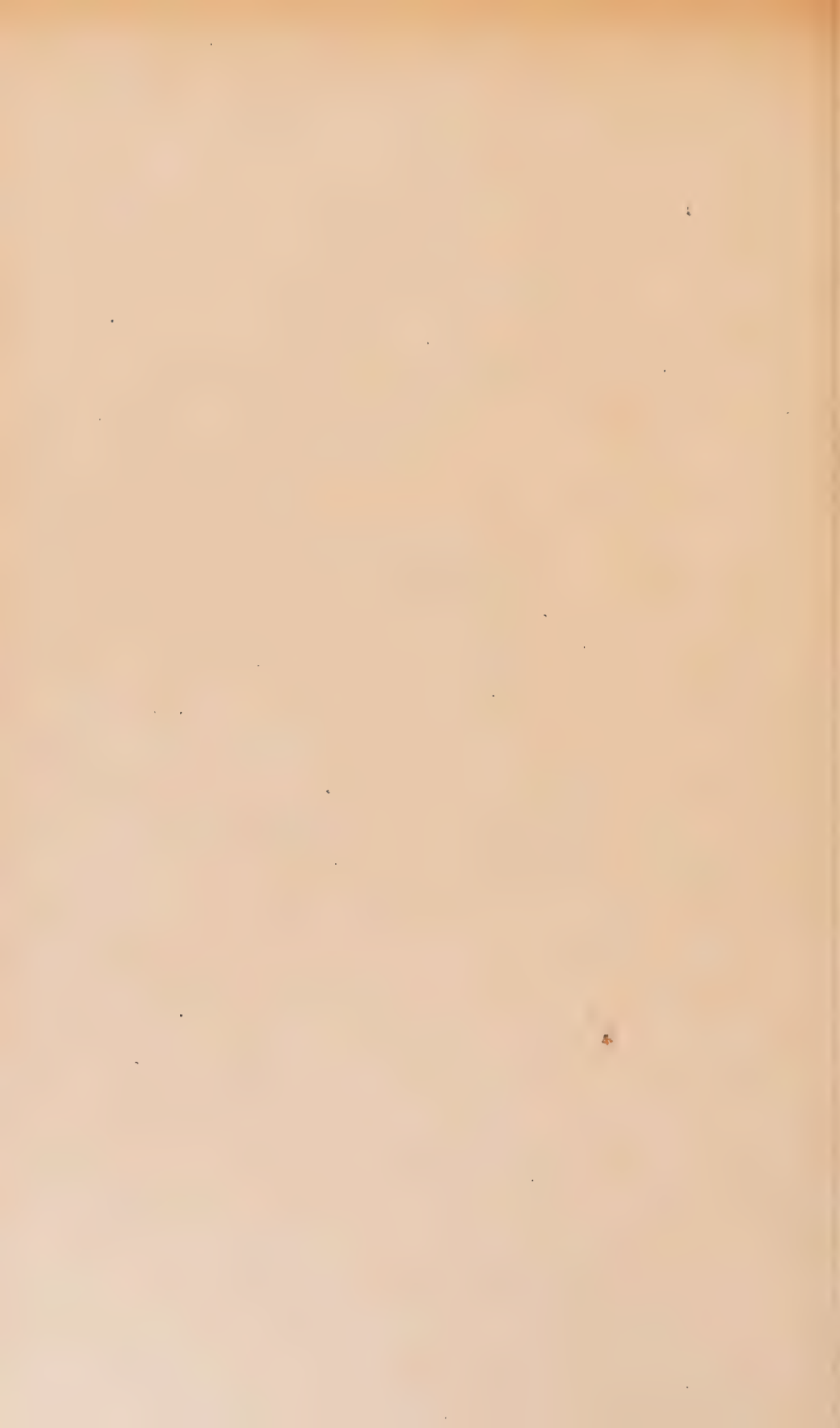
CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Premier groupe : Cas observés de la syphilis antéconceptionnelle.

Deuxième groupe : Cas observés de la syphilis post-conceptionnelle avant le sixième mois.

Troisième groupe : Cas observés de la syphilis post-conceptionnelle après le sixième mois.



CHAPITRE II

OBSERVATIONS

PREMIER GROUPE

Syphilis anté-conceptionnelle

Enfant prématuré, huit mois et demi. Mort, le vingtième jour, de sclérème avec spirochète.

Observateur : M. le docteur Harel.

La nommée Maria M...., âgée de vingt-deux ans, fille, entre à la Maternité de Montpellier, le 28 octobre 1916. La malade avoue avoir eu la syphilis en 1914, antérieure à ses deux premiers avortements ; aurait été traitée, la même année, à Toulouse, au 606 pendant un an.

En 1911, première grossesse, avortement quatrième mois.

1913, avortement du cinquième mois.

1915, accouchement prématuré à six mois et demi de grossesse.

Date des dernières règles, 3 mars, dernier jour.

Examen : pas de plaques muqueuses. Pas d'adénopathie cervicale. Quelques petits ganglions aux deux plis de l'aîne. Raucité de la voix.

Apparition des premières douleurs, 11 novembre, à neuf heures du matin. Rupture prématurée des membranes, le 10 novembre, à minuit.

La parturiente n'était pas à terme.

Bruits du cœur, bons.

9 heures. Dilatation complète, rotation faite. Tête sur le périnée.

9 heures 25. Expulsion en occipito-pubienne. Délivrance 10 heures. Naturelle.

Cordon : longueur 41 centimètres ; épaisseur grêle. Insertion latérale.

Placenta : poids 420 grammes. Forme ovale.

Diamètres : 17/14. Décoloré. Sillons profonds.

Membranes : complètes, 27/16.

Enfant : sexe féminin. Longueur 42 centimètres. Poids 1,700.

Diamètre de la tête : O. F., 10; O. M. 11,2. Sous-M B., 8,2. Sous-O. F., 9. Sous-O. B., 8. Maximum 11,4.

Diamètres du tronc bi-acromial, 9,4. Bi-trochantérien, 7,8.

Particularités relatives à l'enfant : à partir du onzième jour, il présente du sclérème malgré la couveuse, les bains chauds, les frictions alcoolisées. On commence des frictions hydrargyriques le dix-huitième jour, mais il succombe le vingtième.

Autopsie : spirochètes dans le foie.

Enfant atteint de syphilis précoce

T... Marcelle-Marie, âgée de 22 ans. Entre le 22 mai 1915 à l'hôpital.

On constate plaques hypertrophiques de la vulve. Plaques de syphilis sur la langue et la lèvre inférieure. Pas

de roséole. Polyadénopathie inguinale. A été traitée au mois de mai par deux injections de néo-salvarsan (0,45 et 0,75 centigrammes). Rentre le 20 janvier 1916, prend une deuxième série de néo-606 ; a reçu, du 22 janvier au 19 février, quatre injections arsénicales (0,45, 0,75, 0,90, 0,90 centigrammes). Grossesse aurait commencé vers fin février 1916, donc après traitement.

3 janvier 1917. La malade vient en consultation avec une enfant âgée de deux mois et demi. (Accouchement 18 septembre 1916.)

La mère ne présente actuellement pas d'accidents sur les parties génitales, aucune éruption sur le corps. Fond de gorge un peu rouge. Quelques pertes blanches.

T... Marcelle .., fille âgée de deux mois et demi. Entrée le 3 janvier 1917 à l'hôpital.

Diagnostic : hérédo-syphilis.

Présente une dermatose séborrhéique de nature spécifique à cause des localisations marquées, surtout à la plante des pieds, aux sourcils et à la face.

L'enfant présente un anus secondaire congénital vulvaire. Les matières fécales s'échappent par cette fistule vulvaire.

2 février 1917, quelques boutons disséminés sur les cuisses et les jambes.

Poids de l'enfant :

5 janvier 1917.....	3 kilog. 740
12 janvier 1917.....	3 kilog. 870
19 janvier 1917.....	3 kilog. 870
26 janvier 1917.....	4 kilog. 080
2 février 1917.....	4 kilog. 180

Prématuré de cinq mois et demi. Mort immédiate sans accident syphilitiques.

Observation première

(Docteur Léon Vallois, professeur agrégé d'accouchements à la Faculté de médecine de Montpellier (1).

Accidents secondaires. — Traitement mercuriel antérieur à la conception. — Reprise du traitement trois mois après. — Avortement à cinq mois et demi.

F... Marie, âgée de dix-huit ans, entre à l'hôpital le 1^{er} février 1882.

En 1881, elle a déjà fait dans le service un séjour de quatre à cinq mois environ.

La malade présentait alors des papules hypertrophiques sur les grandes lèvres et une roséole généralisée. Elle fut soumise à des frictions mercurielles, puis à l'iodure de potassium et aux pilules de protoiodure, puis de nouveau, à cause de la persistance de la roséole, à des frictions et à l'iodure de potassium. Elle sortit du service dans les premiers jours de novembre 1881 et devint enceinte le 7 du même mois. Elle venait d'avoir ses règles.

Dans l'intervalle qui sépare ces deux séjours, elle n'a pris aucune préparation mercurielle.

1^{er} février. Nous examinons la malade le jour de son entrée et nous constatons un œdème léger des grandes et des petites lèvres ; une rougeur très prononcée occupe l'entrée de la vulve et, sur la face interne de chaque petite lèvre, on trouve une érosion superficielle, non indurée, de l'étendue d'une pièce de 50 centimes environ.

(1) Docteur Léon Vallois, *Travaux d'obstétrique*, Paris, 1905.

Dans les deux aines, engorgement ganglionnaire.

On institue immédiatement un traitement mercuriel : une pilule de protoiodure de mercure de 0,05 tous les jours.

8 mars. Les accidents vulvaires ne paraissent pas se modifier ; les grandes et les petites lèvres sont toujours œdématisées, mais c'est un œdème mou, et le palper ne fait reconnaître aucun point sclérosé.

Les érosions persistent, toujours superficielles et de même étendue.

On continue le traitement.

15 mars. La mère perçoit les mouvements de l'enfant. Deux pilules de protoiodure par jour.

1^{er} avril. L'œdème a presque disparu ; les érosions ont diminué d'étendue. A l'auscultation, on perçoit les battements fœtaux.

24 avril. La malade est amenée à la Maternité. Depuis la veille, elle se plaint de douleurs dans la région lombaire et à l'hypogastre.

L'utérus remonte jusqu'au niveau de l'ombilic, et, au toucher, on constate que le doigt peut être introduit dans l'orifice du col et arriver jusque sur les membres, où il rencontre la tête du fœtus, petite, excessivement mobile.

On combat les douleurs avec des lavements laudanisés ; on prescrit le repos au lit.

25 avril. Expulsion d'un fœtus vivant de cinq mois et demi. Le cœur a continué à battre pendant trois quarts d'heure environ.

Le bassin de la femme est un bassin uniformément rétréci.

Suites de couches normales.

Disparition des accidents vulvaires.

Examen du placenta.

Le placenta pèse 159 grammes.

A l'examen de sa face utérine, on constate que les cotylédons ont subi une dégénérescence graisseuse. Si l'on incise, on retrouve ce même aspect graisseux dans l'intérieur du placenta, mais moins marqué que sur sa face utérine. La face fœtale est pâle, mais ne présente plus cet aspect graisseux.

Examen du fœtus.

Poids : 190 grammes. Longueur totale : 24 centimètres. Du sommet à l'ombilic : 13,5.

Diamètres : S. O. M., 6,5 ; O. F., 5,5 ; S. O. B., 5,3 ; B. P., 5.

Sexe masculin. Le fœtus est rosé, vernissé. Ses paupières sont closes. Sur la surface du corps et au niveau des orifices, on ne constate aucune lésion spécifique.

Nous examinons les divers organes et nous n'y trouvons aucune espèce d'altération.

L'aspect de l'ossification est tout à fait normal ; quelques éléments médullaires un peu plus gros que les autres et remplis de granulations graisseuses constituent la seule altération que l'on puisse découvrir.

Enfant vivant, à terme. Mort vingt-quatre heures après.

Observation V (1)

Premiers accidents deux ou trois mois avant la conception ; mari syphilitique ; commencement du traitement mercuriel six mois après le début de la grossesse ; avortement à six mois et demi ; lésions du placenta. J

Femme R..., 25 ans, pluripare, entre à la Maternité, le 16 février 1883. Est enceinte pour la quatrième fois. Les grossesses antérieures ont été normales ; accouche-

(1) M. le professeur Vallois. *Travaux d'obstétrique*, Paris, 1905.

ments à terme d'enfants qui, jusqu'à présent se sont toujours bien portés. Elle ignore la date de ses dernières règles. Les premiers mouvements de l'enfant ont été perçus, le 25 décembre 1882.

Dans le mois de juin 1882, en même temps qu'elle commençait à éprouver de fortes démangeaisons au niveau des parties génitales, elle y remarquait, pour la première fois, une éruption analogue, suivant elle, aux accidents qu'elle présente aujourd'hui. Pendant le temps de la grossesse, les rapports conjugaux ont continué comme auparavant.

En décembre, maux de gorge, qui durèrent huit jours.

Alopécie ; mais, à son dire, cet accident lui survient à chaque grossesse.

Dans la nuit du 10 au 11 février, métrorragie abondante, qui s'arrêta spontanément. Dans la journée, elle perdit très peu.

La nuit suivante, nouvelle hémorragie abondante et accompagnée de douleurs lombaires.

16 février. - La malade entre à la Maternité. Jusqu'ici elle n'a suivi aucun traitement spécifique.

Dans l'aîne droite, pléiade ganglionnaire ; on y perçoit un ganglion plus volumineux que les autres, douloureux à la pression, sans changement de coloration de la peau.

Dans l'aîne gauche, petits ganglions. Varices des grandes lèvres, surtout de la droite. Sur la face interne de cette dernière, on remarque une petite érosion, non indurée.

La face externe des deux grandes lèvres et les plis génito-cruraux sont couverts de papules hypertrophiques.

A la nuque, syphilides papulo-squameuses, affectant la forme circinée et ne provoquant aucune démangeaison.

Adénopathie cervicale.

Sur les membres supérieurs, surtout au coude, syphilides papulo-squameuses ; sur les avant-bras, macules rougeâtres.

21 février. — N'a perdu que très peu depuis son entrée. Elle ne sent plus les mouvements de l'enfant. A l'auscultation, on perçoit les battements du cœur ; le maximum est à droite, au-dessous de l'ombilic. -

Friction sur les jambes avec 4 grammes d'onguent mercuriel.

23 février. — Hémorragie légère, hier et aujourd'hui.

Friction sur les cuisses avec 4 grammes d'onguent mercuriel.

25 février. — Pas de nouvelles hémorragies.

Friction sur le dos (4 grammes).

27 février. — Friction sur les bras (4 grammes)

Hier elle a perdu un peu.

1^{er} mars. — L'hémorragie ne s'est pas reproduite.

Friction sur les jambes (4 grammes).

3 mars. — Stomatite : pastilles de chlorate de potasse.

Friction sur les cuisses (4 grammes).

5 mars. — Les papules hypertrophiques des grandes lèvres et des plis génito-cruraux tendent à s'affaïsser.

Les syphilides de la nuque et des membres supérieurs commencent à disparaître.

Friction sur le dos (6 grammes.)

C'est la septième friction.

7 mars — Les douleurs ont commencé hier soir. Expulsion d'une fille vivante, pesant 1.160 grammes.

Mort de l'enfant vingt-quatre heures après sa naissance.

Les accidents de la région génitale disparaissent rapidement.

Examen du placenta.

Poids : 530 grammes. A l'œil nu, il offre un aspect fibreux ou graisseux ; il paraît exsangue.

Un fragment de placenta est placé dans l'acide picrique le 7 mars. Nous l'en retirons le 30 mai, et, après avoir préalablement dissocié les villosités et coloré plusieurs avec le picro-carmin, nous les examinons au microscope. Voici ce que nous constatons :

1° Les villosités sont deux ou trois fois plus grosses qu'à l'état naturel ;

2° L'épithélium de surface est bien conservé avec des noyaux très nets, coloré vivement en rouge par le picro-carmin ;

3° Dans les endroits où l'épithélium est enlevé, on voit le corps de la villosité coloré en jaune par l'acide picrique.

L'aspect normal a disparu . On aperçoit de nombreuses gouttelettes graisseuses (dégénérescence).

Le vaisseau central est invisible sur la plupart des points. Dans les endroits où on l'aperçoit, il paraît atrophié et fibreux.

Examen du cordon ombilical.

On remarque qu'en plusieurs endroits le tissu muqueux normal est remplacé par du tissu fibreux

Le diamètre de la veine ombilicale est très augmenté.

Examen de l'enfant.

On ne constate aucune lésion spécifique, ni sur le corps ni au niveau des orifices.

Les poumons, le thymus et le cœur n'offrent aucune espèce d'altération.

La cavité péritonéale contient une certaine quantité de liquide d'un rouge noirâtre. Les intestins sont réunis en masse par des fausses membranes qui offrent une certaine résistance. Le foie est volumineux, congestionné

à la coupe, il offre un aspect uniforme d'un rouge foncé ; ses vaisseaux sont gorgés de sang.

La rate ne présente que de la congestion et une augmentation considérable de volume.

Le reste de l'autopsie ne nous fait découvrir aucune autre lésion.

DEUXIÈME GROUPE

Syphilis gravis avant le sixième mois.

Fœtus macéré

Observation VI (1)

Apparition de l'accident primitif au début de la grossesse ; à trois mois, on commence le traitement mercuriel ; avortement à six mois et demi ; hydramnios.

L... Marie, 24 ans, entre à l'hôpital le 24 juillet 1882.

La malade est enceinte. Dernières règles le 20 avril. Elle eut, dit-elle, au commencement de mai, deux chancres situés sur les grandes lèvres. A la fin du mois, elle perdait ses cheveux. Examinée le jour de son entrée, la malade présente un œdème considérable des grandes lèvres ; à la face interne de l'une d'elles, il existe une ulcération de l'étendue d'une pièce de 20 centimes à base indurée. Roséole généralisée. Erythème de la gorge. Traitement général : 2 pilules de protoiodure d'hydrydrgyre de 0,05.

24 août. Premiers mouvements de l'enfant. A l'auscultation, on perçoit les battements du cœur. On continue le traitement.

(1) M. le professeur Vallois. *Travaux d'obstétrique*, Paris, 1906.

13 novembre. La malade est amenée à la Maternité. Au palper, on sent le fond de l'utérus au niveau du creux épigastrique.

Expulsion d'un enfant, mort et macéré, du sexe féminin ; hydramnios. Depuis quinze jours, la mère ne percevait plus les mouvements du fœtus.

L'œdème des grandes lèvres a diminué, sans disparaître complètement ; au niveau de l'ulcération, cicatrice à base indurée. Adénopathie biinguinale.

Examen du placenta et du cordon ombilical.

Le placenta, dont le poids est de 440 grammes présente sur ses deux faces, surtout du côté de l'utérus, une coloration blanchâtre uniforme.

A la coupe, rien de particulier

M. le professeur Morel, qui a bien voulu examiner au microscope divers fragments de placenta, n'y a rien trouvé d'anormal. Mais, dans le cordon ombilical, le tissu muqueux était remplacé par du tissu fibreux.

Poids du fœtus : 1.290 grammes, longueur totale 40 centimètres.

Le fœtus est macéré. Sur la poitrine et l'abdomen, l'épiderme est enlevé. La moindre pression, au niveau des membres supérieurs et inférieurs, détache de larges lambeaux épidermiques. Les os du crâne se meuvent les uns sur les autres. Sur la peau et au niveau des orifices, on ne trouve aucune lésion spécifique. Les plèvres renferment une certaine quantité de liquide sanguin.

Les poumons et le thymus ne présentent aucune espèce d'altération. Il en est de même des organes abdominaux (foie, intestin).

Fœtus prématuré mort vingt huit heures après. — Accidents nets

Observation II (1)

Apparition de l'accident primitif deux mois et demi environ après le début de la grossesse ; à la même époque, on commence un traitement mercuriel ; avortement à six mois.

S... Madeline, vingt-trois ans, entre à l'hôpital le 21 juillet.

4 août. On s'aperçoit de l'existence de deux chancres indurés vulvaires.

Ganglions inguinaux indurés.

Deux pilules de Ricard par jour.

4 septembre. Roséole.

La malade continue son traitement mercuriel jusqu'à son entrée à la Maternité.

25 novembre. Prise de douleurs au niveau de l'hypogastre, la malade est amenée dans le service de M. le professeur Hergott, où nous pouvons l'observer.

Elle eut ses règles pour la dernière fois le 20 mai dernier. Examinée au point de vue de la spécificité, la malade ne nous présente qu'une adénopathie inguinale, multiple, indolore. Les accidents vulvaires et la roséole ont disparu.

Pas d'alopecie ni de maux de gorge.

26 novembre — Expulsion d'un fœtus vivant, du sexe masculin, âgé de six mois. Il a vécu vingt-huit heures

Examen du fœtus :

Poids : 765 grammes ; longueur totale 33 centimètres.

Diamètres : O. M., 7,5 ; O. F., 6,5 ; B. P., 6,5.

Sur le cou, la poitrine, l'abdomen, le dos, les membres

(1) M. le professeur Vallois. *Travaux d'obstétrique*, Paris, 1906.

supérieurs et inférieurs, on trouve des macules rougeâtres, de l'étendue d'une pièce de 2 francs environ.

Sur les muqueuses, là où les muqueuses se continuent avec la peau, à la région ano-génitale, aucune lésion spécifique.

L'autopsie ne nous donne que des résultats négatifs.

Fœtus mort. — Dystocie

Observation III (1)

Apparition du chancre deux ou trois mois après le début de la grossesse. Pas de traitement mercuriel. Avortement à six mois. Dystocie fœtale ; ascite ; tumeur, liquide vésical.

D.... Victorine, âgée de vingt-quatre ans, entre à la Maternité le 2 décembre 1882.

Le 3 janvier de cette année, elle est venue une première fois à la Maternité, pour y accoucher prématurément, à sept mois, d'un enfant mort.

La fille D.... dit n'avoir jamais eu de rapports qu'avec le même individu. Dernières règles le 28 mai 1882. Elle pense être devenue enceinte vers la même époque. Depuis elle a continué à avoir des rapports.

Il y a trois ou quatre mois, elle remarqua, sur la grande lèvre, un bouton qui ne provoquait ni douleur, ni démangeaison, et ne suppurait pas. Au point de vue des accidents secondaires elle répond négativement à toutes questions. Jamais elle n'a suivi de traitement mercuriel.

Le 30 novembre, elle fit une chute dans un escalier et tomba de la hauteur de quinze marches. Cet accident ne fut suivi ni d'hémorragies ni de douleurs et n'obligea pas la fille D... d'interrompre son travail. Mais, le 2 décembre, elle ressentit des douleurs au niveau de l'hypogastre

(1) M. le professeur Vallois. *Travaux d'obstétrique*, Paris, 1906.

et de la région lombaire. Elle percevait encore, mais à peine, les mouvements de l'enfant.

2 décembre. — Entrée à la Maternité. On constate sur la grande lèvre droite la trace de l'accident primitif ; c'est un point sclérosé, en surélévation, à large base à surface cicatrisée. Adénopathie biinguinale.

A son entrée (5 heures du matin), on constate que la tête est engagée dans l'excavation ; on ne sent plus le col, la bosse sanguine est déjà d'un certain volume. Le ventre est aussi développé que lorsque la grossesse est arrivée à terme.

A l'auscultation, on perçoit les battements fœtaux.

A neuf heures et demie, le travail n'avancant pas et, afin d'amener un enfant vivant, application de forceps, laquelle fut facile et amena la tête à la vulve. Le forceps enlevé, comme l'enfant est bleu, on fait des tractions avec les mains sur la tête.

Quelques faibles tractions suffisent pour détacher la tête du tronc.

On tire sur les deux bras ; mais le fœtus n'avance pas. On introduit la main et on reconnaît un volume énorme de l'abdomen du fœtus.

Après de vaines tentatives pour arriver sur cet abdomen avec les ciseaux de Blot et ceux de Dubois, on introduit à travers le thorax une sonde de Mayor qui, poussée énergiquement, donne issue à environ 800 grammes d'une sérosité jaunâtre. L'extraction du fœtus fut, dès lors, facile. Délivrance normale.

Examen du fœtus.

Longueur : 32 centimètres. Diamètres de la tête : B. P., 6,5 ; O. F., 8 ; O. M., 9.

L'abdomen a encore un volume considérable. Il mesure 15 centimètres d'avant en arrière, 12 centimètres

et demi transversalement. Son extrémité inférieure se trouve à peu près sur le même plan horizontal que les pieds.

La peau ne recouvre pas toute la paroi abdominale antérieure.

Elle s'arrête brusquement à 6 centimètres environ de l'insertion du cordon.

A ce niveau, la paroi abdominale est représentée par une membrane transparente à peu près de même couleur que le cordon, et mesurant 10 centimètres transversalement et 13 verticalement.

Le cordon s'insère au centre de cette membrane. L'anus n'existe pas. Les organes génitaux sont représentés par un petit appendice de cinq millimètres de longueur, ne présentant aucun orifice. A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule un peu de liquide clair, jaunâtre. On voit, à la partie inférieure, une tumeur plus longue que large, occupant presque toute la cavité abdominale, et dont voici les dimensions : diamètre vertical, 15 centimètres ; transversal, 12 ; antéro-postérieur, 13. La surface extérieure présente quelques bosselures. Elle est adhérente, par sa face postérieure, à la paroi abdominale postérieure. L'intestin se termine sur la partie antérieure de cette tumeur, à peu près sur la ligne médiane, et présente à ce niveau un diamètre d'un centimètre environ, tandis que, plus haut, son diamètre n'est que de trois millimètres. (Cette dilatation terminale contient du méconium.) Les uretères se terminent sur la partie antéro-latérale de cette tumeur ; ils ont près de quatre millimètres de diamètre. Les reins mesurent cinq centimètres de long, deux centimètres et demi de large et un d'épaisseur. Le rein gauche présente, à sa surface, un petit kyste transparent, du volume d'un pois.

Fœtus macéré

Observation IX (1)

Premiers accidents à cinq mois et demi de grossesse ; on commence le traitement à sept mois ; accouchement à sept mois et demi d'un fœtus mort et macéré ; lésions osseuses du fœtus.

D... Anna, femme S..., 24 ans, entre dans le service de M. Spillman le 12 avril 1882. Les premiers accidents dont elle s'est aperçue apparurent à cinq mois et demi de grossesse.

Examinée au moment de son entrée, la femme S... présente une adénopathie biinguinale très prononcée. Les grandes lèvres, très tuméfiées, ressemblent à des tranches de melon. Leur face interne est couverte d'érosions avec enduit jaunâtre, diphthéroïde. Syphilides papulo-squameuses dans les plis génito-cruraux.

Adénopathie cervicale. Légères syphilides maculeuses du cou. Syphilides érosives de l'amygdale gauche. Roséole du tronc. Traitement général : une pilule de protiodure de mercure de 0, 05

Le 24 avril, elle est amenée à la Maternité, où elle accouche, à sept mois et demi, d'un fœtus mort et macéré. Le 19 avril, on entendait encore à l'auscultation les battements fœtaux. La roséole a un peu pâli. Mais les accidents de la région génitale sont aussi prononcés qu'au jour de son entrée à l'hôpital. Le placenta pèse 505 grammes.

Examen du fœtus. Le fœtus pèse 1.650 grammes ; longueur totale : 43 centimètres.

Le fœtus est macéré. Sur la poitrine et l'abdomen, la

(1) M. le professeur Vallois. *Travaux d'obstétrique*, Paris, 1906.

chute de larges lambeaux d'épiderme laisse voir le derme coloré en rouge. Ça et là, sur les membres inférieurs, on trouve le derme à nu. La figure est ratatinée. Les os du crâne jouissent d'une grande mobilité ; on peut facilement les faire mouvoir les uns sur les autres.

L'examen des divers organes ne nous a permis de constater aucune espèce de lésion.

Examen des os (l'examen a porté sur le fémur).

Le cartilage épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur présente des cellules très granuleuses. La zone d'ossification est, à l'œil nu, assez irrégulière comme direction et comme épaisseur. Les travées directrices de l'ossification ont leur aspect habituel, mais la moelle, qui remplit les espaces situés entre ces travées ou les lacunes du tissu spongieux de l'os, n'est pas normale. On y trouve d'abord un certain nombre de granulations pigmentaires, libres ou renfermées dans les éléments anatomiques. Ceux-ci sont en voie de dégénérescence granulo-graisseuse, et, au lieu de présenter des dimensions uniformes, comme dans la moelle normale, sont de tailles très différentes, les petits étant finement granuleux, tandis que les autres, plus gros, sont remplis de granulations graisseuses. Rien d'anormal sous le périoste.

TROISIÈME GROUPE

Syphilis gravidе après le sixième mois

Enfant né bien portant. — Accidents de syphilis quelques jours après naissance.

Observation XIX (1)

Apparition de l'accident primitif sept mois et demi après le début de la grossesse ; traitement mercuriel ; accouchement à huit mois et demi d'un enfant vivant, qui, seize jours après sa naissance, commença à présenter des manifestations multiples.

M... Adèle, femme F..., vingt-deux ans, est devenue enceinte vers le 22 mars 1882.

Elle s'était toujours bien portée, lorsque, dans les premiers jours de novembre, elle remarqua un bouton aux parties génitales. Ce bouton, cautérisé par une sage-femme, dura trois semaines.

La femme F... se décida à aller consulter M. le docteur Spilman, qui la mit immédiatement aux pilules de protoiodure.

Prise des douleurs de l'accouchement, elle entra à la Maternité le 4 décembre, où elle accoucha le même jour, c'est-à-dire à huit mois et demi, d'un enfant vivant, pesant 3.140 grammes.

Le liquide amniotique était épais, verdâtre.

Le placenta pesait 600 grammes.

Six jours après son accouchement, malgré les conseils de M. le professeur Hergott, la femme F... quitta le service. Elle présentait alors, sur les grandes lèvres, des

(1) M. le professeur Vallois. *Travaux d'obstétrique*, Paris, 1906.

syphilides papulo-hypertrophiques et de l'adénopathie biinguinale.

Quant à l'enfant, nourri par sa mère, il paraissait bien se porter et n'offrait aucune manifestation syphilitique.

Dix jours après sa sortie de la Maternité, l'enfant commence à présenter des boutons à la région ano-génitale ; et le 4 janvier, époque à laquelle nous le revoyons, nous lui trouvons sur les fesses, autour de l'anus, sur les cuisses, sur le scrotum et au pénis, une éruption papulo-érosive de couleur rougeâtre.

Sur le bas ventre, on remarque de larges plaques érythémateuses ; au talon gauche, il existe une petite macule.

Syphilides érosives des lèvres.

L'enfant a du coryza.

On fait à l'enfant des frictions mercurielles. La mère, quoique ne présentant actuellement aucun accident spécifique, reprend ses pilules de protoiodure.

L'enfant a été revu plusieurs fois par notre ami M. le docteur Rémy, qui a successivement constaté chez lui des syphilides cutanées, une augmentation du volume de la tête, des accidents du côté du larynx (cris rauques, quintes de toux et de la polysarcie syphilitique).

Enfant sain.

Observation XXII (1)

Accidents secondaires au moment de l'accouchement : pas de traitement mercuriel ; accouchement à terme d'un enfant qui, observé pendant treize jours, n'a présenté aucune manifestation syphilitique.

L... Marie, vingt ans, accouche à la Maternité, le 31 mars 1883, d'un enfant vivant, du sexe masculin, pesant

(1) M. le professeur Vallois. *Travaux d'obstétrique*, Paris, 1906.

3.250 grammes. Devenue enceinte dans les premiers jours de juillet, la fille L... s'était toujours bien portée, lorsque, le 5 mars environ, elle remarqua, dans le pli de l'aîne, une grosseur qui était accompagnée de rougeur de la peau ; à son dire, elle n'aurait jamais eu ni écorchure ni bouton. Elle n'aurait suivi aucun traitement antisyphilitique.

A son entrée dans le service, nous constatons dans l'aîne gauche un gros ganglion, à grand diamètre transversal ; la peau est rouge à ce niveau ; le palper, qui est un peu douloureux, indique qu'il n'existe aucune fluctuation.

Sur la grande lèvre gauche, on trouve une petite cicatrice, qui n'est pas indurée. Ganglions inguinaux indolents, à droite.

Sur la paroi abdominale, un peu au-dessus du mont de Vénus, on trouve une papule squameuse, présentant une teinte de jambon. A la région cervicale, il existe quatre petites papules semblables, en même temps que de l'adénopathie. Tels sont les seuls accidents que nous avons pu constater sur la mère. Quant à l'enfant, qui n'a pu être observé que jusqu'au 13 avril, époque à laquelle la mère a quitté le service, il n'a présenté aucune manifestation syphilitique.

Enfant né à terme, sain

La nommée Louise D..., âgée de 28 ans, fille, entre, le 24 février 1917, à la Maternité de Montpellier. La date des dernières règles : 7 juin. La malade présente de nombreuses papules sur la face externe des grandes lèvres. Quelques petits ganglions aux plis inguinaux. Au

niveau des mamelons, de chaque côté, une ulcération profonde, de forme arrondie, comme 2 francs.

Le fond est d'une teinte grisâtre et recouverte de pus fétide. Accidents remontent à trois mois.

Apparition des premières douleurs, 23 février, à 9 heures du soir. 9 h. 40, expulsion en occipito-pubienne. 10 h. 40, délivrance naturelle. Enfant : sexe féminin, longueur 47 centimètres, poids 2.500.

Placenta : poids 480 grammes, forme ronde. Diamètres 19/19. Décoloré.

Enfant né sain

(Observateur : M. le docteur Harel)

La nommée Marie-Thérèse R..., fille, âgée de 27 ans, entre le 6 octobre 1916 à la Maternité Montpellier. Date des dernières règles : fin février.

Elle est venue se faire examiner dans le service au début de septembre.

La malade présentait à ce moment une roséole nette et quelques syphilides vulvaires. Elle a été envoyée dans le service de M. Vedel où elle a subi quatre injections de néo-salvarsan. Elle a subi une série de piqûres de benzoate de mercure dans le service.

Elle accouche le 26 novembre, à onze heures du soir.

Enfant sexe masculin : longueur, 50 centimètres ; poids, 2650 grammes.

Placenta : poids, 470 grammes ; forme ronde. Diamètres, 12/19.

Sillons profonds.

Enfant né sain. Montre premiers accidents au troisième jour.

R... Marcelle, âgée de 18 ans, mariée. Entrée le 7 février 1917, à l'hôpital Suburbain, service de M. le docteur Gastou.

Présente des plaques muqueuses des grandes et petites lèvres. Début de ces accidents il y a vingt jours. N'a pas eu d'autres rapports en dehors du mari. Derniers rapports avec celui-ci fin octobre. Est enceinte de sept mois et demi. Traitement salvarsan.

Marche du travail : apparition des premières douleurs le 28 mars, à quatre heures du soir.

Accouchement : M. Harel, interne du service de M. le professeur Vallois, à l'hôpital de Montpellier, fait une application de forceps directe quant à la tête et quant au bassin. 8 heures 20, extraction. 8 heures 40, délivrance naturelle.

Placenta : poids 720 grammes. Forme ovale. Diamètres 21/18.

Deux infarctus blancs. Un sillon.

Enfant : sexe masculin. Longueur : 52 centimètres. Poids : 3420 grammes. Etat physique bon.

Troisième jour, enfant montre des macules généralisées sur le corps et des plaques muqueuses dans la bouche.

Tableau II (GASTOU) ⁽¹⁾

SYPHILIS MATERNELLE

NOMBRE DE CAS ET ÉTAT DES ENFANTS	Anté-conceptionnelle.	Post-conceptionnelle.	Paralysie générale.	Tabès.	Indéterminée.	Imprégnation.
Observations	42	35	12	18	51	5
Enfants.	128	72	30	96	148	30
Mortalité.	91	37	19	36	91	24
Syphilis immédiate..	6	5	0	0	8	2
— précoce. . .	22	14	1	0	5	1
— tardive . .	3	6	0	0	5	0
— probable . .	0	0	1	0	1	0
— binaire. . .	0	1	1	0	1	0
Dystrophies	86	34	14	13	62	8
Sains.	0	6	6	33	8	3

(1) Docteur Paul Gastou. *Rapport au XV^e congrès international de Lisbonne, 19-26 avril 1906.*

Tableau III ⁽¹⁾

ENFANTS AVEC SIGNES OU STIGMATES DE DÉGÉNÉRESCENCES (HÉRÉDO-MORBIDITÉ GRAVIDE)

A) *Signes ou stigmates familiaux.*

Avortements : 4.
Fausses couches : 11.
Mort-nés sains.
— macérés.
Mort immédiate.
— précoce : 7.
— tardive : 2.

B) *Signes et stigmates infantiles.*

Troubles de développement (infantiles, débiles).
— de nutrition.
Débilité mentale.
Dystrophies générales.
— partielles, œil.
— — oreilles.
— — dents.
Arrêts de développement et malformations : 5.
Hydrocéphalie.
Monstruosités.

C) *Signes et stigmates obstétricaux*

Gemelliparité.
Hydramnios.
Môle hydatiforme.
Placenta prævia.
Dystocies.
Stérilité.

(1) Docteur Paul Gastou.

Tableau IV ⁽¹⁾

ENFANTS AVEC SIGNES OU STIGMATES DE DÉGÉNÉRESCENCE (HÉRÉDO-MORBIDITÉ GRAVIDE)

A) *Signes ou stigmates familiaux.*

Avortements : 3.

Fausse couches : 3.

Mort-nés sains.

— macérés

Mort immédiate : 4.

— précoce : 4.

— tardive : 6.

B) *Signes et stigmates infantiles.*

Troubles de développement (infantiles, débiles) : 1.

— de nutrition.

Débilité mentale : 2.

Dystrophies générales : 4.

— partielles, œil : 4.

— — oreilles.

— — dents.

Arrêts de développement.

Hydrocéphalie : 4.

Monstruosités.

C) *Signes et stigmates obstétricaux.*

Gémelliparité.

Hydramnios.

Vole hydatiforme.

Placenta prævia.

Dystocies.

Stérilité.

(1) Docteur Paul Gastou.

Tableau V ⁽¹⁾

ENFANTS AVEC SIGNES OU STIGMATES DE DÉGÉNÉRESCENCE (HÉRÉDO-MORBIDITÉ GRAVIDE)

A) *Signes ou stigmates familiaux.*

Avortements : 4.

Fausses couches : 8.

Mort-nés sains.

— macérés.

Mort immédiate.

— précoce : 9.

— tardive : 15.

B) *Signes ou stigmates infantiles.*

Troubles de développement (infantiles, débiles).

— de nutrition.

Débilité mentale.

Dystrophies générales.

— partielles, œil : 1.

— — oreilles.

— — dents.

Arrêts de développement.

Hydrocéphalie.

Monstruosités.

C) *Signes et stigmates obstétricaux.*

Gémelliparité.

Hydramnios.

Môle hydatiforme.

Placenta prævia.

Dystocies.

Stérilité.

(1) Docteur Paul Gastou.

Tableau VI ⁽¹⁾

ENFANTS AVEC SIGNES OU STIGMATES DE DÉGÉNÉRESCENCE (HÉRÉDO-MORBIDITÉ GRAVIDE)

A) *Signes ou stigmates familiaux.*

Avortements : 9.
Fausses couches : 2.
Mort-nés sains : 15.
— macérés : 3.
Mort immédiate : 15.
— précoce : 4.
— tardive : 39.

B) *Signes ou stigmates infantiles*

Troubles de développement (infantiles, débiles) : 5.
— de nutrition.
Débilité mentale : 1.
Dystrophies générales : 1.
— partielles, œil : 20.
— — oreilles : 5.
— — dents : 9.
Arrêts de développement et malformations : 8.
Hydrocéphalie : 3.
Monstruosités.

C) *Signes et stigmates obstétricaux.*

Gémelliparité.
Hydramnios.
Môle hydatiforme.
Placenta prævia.
Dystocies.
Stérilité.

(1) Docteur Paul Gastou.

Tableau VII ⁽¹⁾

SYPHILIS MATERNELLE ANTÉ-CONCEPTIONNELLE (RÉCENTE OU ANCIENNE)

PÈRE SAIN

Nombre d'observations	42
— de grossesses.....	128
Natalité, à terme.....	2
— prématurée	4
Mortalité.....	91
Morbidité.....	»

I. — Enfants sains.

II. — Enfants avec signes ou stigmates de nature syphilitique. (Syphilis héréditaire.)

1. Syphilis immédiate : 6.
2. — précoce : 22
3. — tardive : 3.
4. — probable.
5. — binaire.
6. Réinfection.

III. — Enfants avec signes ou stigmates d'origine syphilitique. (Hérédité syphilitique)

- Système nerveux : 2
— ostéo-articulaire et musculaire : 5.

(1) Rapport du docteur Paul-Louis Gastou. *La syphilis héréditaire et l'hérédité syphilitique.*

Système vasculaire.

- cutanéomuqueux : 27.
- génito-urinaire.
- splanchniques (viscères).

Tableau VIII ⁽¹⁾

SYPHILIS MATERNELLE POST-CONCEPTIONNELLE

PÈRE SAIN

Nombre d'observations	35
— de grossesses	72
Natalité, à terme	1
— prématurée	18
Mortalité	37
Morbidité	»

I. — Enfants sains : 6.

II. — Enfants avec signes ou stigmates de nature syphilitique.
(Syphilis héréditaire.)

1. Syphilis immédiate : 5.

2. — précoce.

3. — tardive.

4. — probable.

5. — binaire.

6. Réinfection.

III. — Enfants avec signes ou stigmates d'origine syphilitique.
(Hérédité syphilitique.)

Système nerveux : 4.

— ostéo-articulaire et musculaire : 3.

— vasculaire.

— cutanéomuqueux : 9.

— génito-urinaire.

— splanchniques (viscères) : 1.

(1) Docteur Paul Gastou.

IV. — Enfants avec signes ou stigmates de dégénérescence.
(Hérédité morbide.)

A) *Signes ou stigmates familiaux.*

- Avortements : 4.
- Fausse couche : 1.
- Mort-nés sains : 4.
 - macérés.
- Mort immédiate : 3.
 - précoce : 13.
 - tardive : 4.

B) *Signes ou stigmates infantiles.*

- Troubles de développement (infantiles, débiles) : 2.
 - de nutrition.
- Débilité mentale.
- Dystrophies générales.
 - partielles, œil : 8.
 - — oreilles : 1.
 - — dents : 2.
- Arrêts de développement et malformations : 4.
- Hydrocéphalies.
- Monstruosités.

C) *Signes et stigmates obstétricaux :*

- Gémelliparité.
- Hydramnios.
- Môle hydatiforme.
- Placenta prævia.
- Dystocies.
- Stérilité.

Tableau IX ⁽¹⁾

SYPHILIS MATERNELLE

(TABÈS)

PÈRE SAIN

Nombre d'observations.....	18
— de grossesses.....	96
Natalité à terme.....	
— prématurée.....	
Mortalité.....	56

I. — Enfants sains : 33.

II. — Enfants avec signes ou stigmates de nature syphilitique.
(Syphilis héréditaire.)

1. Syphilis immédiate.
2. — précocce.
3. — tardive.
4. — probable.
5. — binaire.
6. Réinfection.

III — Enfants avec signes ou stigmates d'origine syphilitique.
(Hérédité syphilitique.)

Système nerveux : 10 dont 1 tabès.

- ostéo-articulaire et musculaire.
- vasculaire : 2.
- cutanéomuqueux.
- génito-urinaire.
- splachniques (viscères).

(1) Docteur Paul Gastou.

Tableau X ⁽¹⁾

SYPHILIS MATERNELLE

(PARALYSIE GÉNÉRALE)

PÈRE SAIN

Nombre d'observations.....	12
— de grossesses.....	30
Natalité à terme.....	1
— prématurée.....	2
Mortalité.....	18
Morbidité.....	19

I. — Enfants sains : 9.

II. — Enfants avec signes ou stigmates de nature syphilitique. (Syphilis héréditaire.)

1. Syphilis immédiate.
2. — précoce : 1.
3. — tardive.
4. — probable : 1.
5. — binaire.
6. — Réinfection.

III. — Enfants avec signes ou stigmates d'origine syphilitique. (Hérédité syphilitique.)

- Système nerveux : 7 dont un tabès.
- ostéo-articulaire et musculaire.
 - vasculaire.
 - cutanéomuqueux : 1.
 - génito-urinaire.
 - splanchniques (viscères).

(1) Docteur Paul Gastou.

Tableau XI ⁽¹⁾

SYPHILIS MATERNELLE PAR IMPRÉGNATION

(MÈRE SYPHILISÉE PAR UN PREMIER GÉNITEUR, SECOND GÉNITEUR SAIN)

PÈRE SAIN

Nombre d'observations.....	5
— de grossesses.....	30
Natalité, à terme.....	4
— prématurée.....	»
Mortalité.....	24
Morbidité.....	»

I. — Enfants sains : 3.

II. — Enfants avec signes ou stigmates de nature syphilitique. (Syphilis héréditaire.)

1. Syphilis immédiate : 2.
2. — précoce : 1.
3. — tardive.
4. — probable.
5. — binaire.
6. Réinfection.

III. — Enfants avec signes ou stigmates d'origine syphilitique. (Hérédité syphilitique.)

Système nerveux.

- ostéo-articulaire et musculaire.
- vasculaire.
- cutanéomuqueux : 2.
- génito-urinaire.
- splanchniques (viscères) : 1.

(1) Docteur Paul Gastou.

CONCLUSIONS

I. La syphilis infantile est de toutes les manifestations de la syphilis des géniteurs la plus grave par ses conséquences individuelles, familiales et sociales.

II. La transmission de la syphilis de la mère à l'enfant y ajoute un facteur de gravité sur lequel il y a lieu d'attirer en particulier l'attention.

III. Cette gravité est d'autant plus forte que la mère est contaminée et contracte la syphilis dans le cours de la grossesse.

IV. Je propose de dénommer syphilis gravis la syphilis contractée par la mère dans le cours de la grossesse, et syphilis infantile d'origine gravis, la syphilis transmise à l'enfant par la mère contaminée.

V. La gravité des accidents de la syphilis infantile gravis est d'autant plus forte que la mère a été contaminée dans les premiers mois au début de la grossesse.

VI. Il y a lieu de distinguer à ce point de vue deux groupes de faits : suivant que la mère a été contaminée pendant les six premiers mois de la grossesse ou dans les trois derniers mois.

VII. Plus la contamination, plus l'apparition du chancre coïncide avec le début de la grossesse, plus l'enfant a des chances de mourir par le fait d'altérations placentaires ou d'une infection directe à spirochètes.

VIII. La syphilis infantile d'origine gravis est donc à cette époque une infection fœtale tuant l'enfant avant qu'il soit viable.

IX. Plus la contamination est tardive, plus l'atténuation de la syphilis infantile d'origine gravis est marquée.

X. D'après les faits cliniques, lorsque la mère contracte son chancre le sixième mois, l'enfant a des chances de naître sain, de ne présenter d'accidents que plus tardivement après la naissance, de n'être atteint que de signes de syphilis héréditaire en nature ou encore de ne présenter que des dystrophies ou malformations plus ou moins marquées.

XI. Il y a lieu, en effet, de distinguer nettement, ainsi que l'a fait le docteur Gastou, les accidents dus à la transmission du spirochète qui caractérisent la syphilis héréditaire proprement dite, de ceux dus à l'action des toxines du spirochète, qui produisent des dystrophies caractérisant l'hérédité syphilitique (hérédo-syphilis).

XII. Ces dystrophies sont alors semblables à celles que produisent les maladies toxiques ou infectieuses des géniteurs chez l'enfant, telles : l'alcoolisme et la tuberculose, en particulier.

XIII. L'ancienneté de la syphilis et le traitement précoce, intensif et prolongé ont une action d'atténuation des plus marquées.

XIV. Il est donc indispensable, dès que le diagnostic ou la suspicion de syphilis maternelle existe, de traiter énergiquement la mère par une médication spécifique à l'aide de sels arsenicaux, du mercure et de l'iode.

BIBLIOGRAPHIE

- ASTROS (Léon D'). — La syphilis cérébrale héréditaire précoce. *Marseille Médical*, 1891. — Influence dystrophique de l'hérédo-syphilis sur le cerveau de l'embryon. *Id.*, 1891. — Article hydrocéphalie. *Traité des Maladies de l'enfance*. Grancher, Comby, Marfan. — Les hydrocéphalies. Paris, 1898. — L'hydrocéphalie hérédo-syphilitique. *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, novembre-décembre 1891.
- BARASCH (Albert). — Influence dystrophique de l'hérédité syphilitique. Thèse de Paris, 1896. Société d'éditions scientifiques.
- BARTHÉLEMY (T.). — La syphilis. *Revue mensuelle de médecine spéciale*, 1904, t. II, n° 1.
- BAYET (A.). — Maladie de Friedreich et hérédo-syphilis. *Journal de neurologie*, n° 8, 1902. Severeys, Bruxelles.
- BEAUPERTHUY (Georges). — Rapport de la syphilis avec certaines dermatoses coexistantes. Thèse de Paris, 1902. A. Maloine.
- BOUCHER (P.). — De l'influence du traitement antisyphilitique chez la femme enceinte sur le fœtus. Paris, H. Jouve, 1904.

- BRINDEAU, BAR et CHAMBRELET (J.). — La pratique de l'art des accouchements. Paris, 1909.
- CANTONNET (Marcel). — Incontinence d'urine et des matières fécales dans la syphilis héréditaire. Thèse de Paris, 1904. H. Jouve.
- CAIZERGUES (Raymond). — Des myélites syphilitiques. Hamelin frères, Montpellier, 1878.
- CHARPENTIER (Albert). — Relations entre les troubles des réflexes pupillaires et la syphilis. Etude clinique et statistique. G. Steinheil, Paris, 1899.
- DANJOU (Georges). — Contribution à l'étude clinique des ostéo-arthropathies déformantes dans la syphilis héréditaire. Thèse de Paris, 1887. H. Jouve.
- DIDAY (P.). — La pratique des maladies vénériennes. Asselin et Houzeau. Paris, 1886.
- DIDAY. — Le péril vénérien.
- DUBOIS-HAVENITH. — Communications, enquêtes, traductions analytiques, etc., 1 et 2. Conférence internationale pour la prophylaxie de la syphilis et des maladies vénériennes. Bruxelles, 1899-1902.
- DUBRISAY (L.) et JEANNIN (C.). — Accouchement. 1915.
- EMMONS. — The diagnostic value of the Search for Spirocheta Pallida in the Umbilical Cord of the Newborn. Boston Med. Surg. Journal, 1910.
- ETIENNE (Georges). — Contribution à l'étude de l'influence du traitement des mères syphilitiques, surtout pendant la grossesse, sur la santé des nouveau-nés. Ann. de gynécol. et d'obstét., avril 1902.
- FOURNIER (Alfred). — Influence de la syphilis sur la mortalité infantile. Paris, 1886. G. Masson.
- Syphilis héréditaire tardive. Dents syphilitiques. Ann. de dermat. et de syphilig., septembre 1883. Paris.

FOURNIER (Alfred). — Epilepsie parasypilitique. Revue de neurologie. G. Masson, Paris.

— Syphilis héréditaire tardive. Accidents cérébraux. Leçons professées à Saint-Louis. Ext. de l'Union médicale, 3^e série, 1884.

— Influence dystrophique de l'hérédosyphilis. Paris, Rueff, 1890.

— Influence de la syphilis sur la mortalité infantile. Académie de médecine. Discussion sur l'accroissement de la population en France. Paris, G. Masson, 1885.

— Syphilis et mariage. Paris, G. Masson, 1890.

— De la syphilis héréditaire tardive. G. Masson.

FOURNIER (Edmond). — Stigmates dystrophiques de l'hérédosyphilis. Paris, J. Rueff.

FRALEU. — Du pemphigus chez le nouveau-né. Sa valeur diagnostique dans la syphilis. Paris, H. Jouve, 1897.

GASCARD (Arthur). — La syphilis placentaire. Thèse de Paris, 1885, A. Davy.

GASTOU (Paul). — Syphilis. Extrait du traité des maladies de l'enfance. 2^e édition, t. I^{er}. Masson et C^{ie}, Paris.

— Le coryza syphilitique. Paris, 1904.

— Rapport au X^e congrès international de médecine. Lisbonne, 19-26 avril 1906. (La syphilis héréditaire et l'hérédité syphilitique. Ed. Creté, Corbeil.)

GAUCHER. — De l'origine syphilitique de l'appendicite. Note additionnelle. Presse médicale, n^o 83, t. I^{er}, avril 1904.

GAUCHER et CROUZON (O.). — Les troubles de la nutrition dans la syphilis. Journal de physiologie et de pathologie générale, n^o 1, 1902. Masson, Paris.

GODRON (Maurice). — De la mort subite chez les enfants syphilitiques. Thèse de Paris, 1904, H. Jouve.

- HALLOPEAU. — La syphilis et les infections associées. XIII^e congrès internat. de méd. et IV^e congrès internat. de dermat. et de syphilig. réunis, 1900. Paris, G. Masson.
- Les substances toxiques et immunisantes dans la syphilis. Paris, Masson et C^e, 1904.
- HART-BERRY. — Placenta prævia. Edimbourg. Ext. des Ann. de gynécol. et d'obstét., novembre 1892.
- HERMANN (G.) et MOREL. — Anatomie pathologique. Paris, 1914.
- HUTCHINSON. — Syphilis héréditaire. Traduction. P. Hermett. Delahaye et Lecrosnier. Paris, 1884.
- LABOURDETTE (P.). — Gros placentas et syphilis, 1913.
- LEGRAND (Louis). — Syphilis et grossesse. Essai sur la syphilis post-conceptionnelle. Thèse de Paris, 1886. H. Jouve.
- LERMONT (Joseph). — Symptômes de la syphilis héréditaire sans exanthème chez les nourrissons. Thèse de Paris, 1905. J. Rousset
- MARLIER (Paul). — Etude sur la syphilis conceptionnelle immédiate. Paris, H. Jouve, 1897.
- MERCIER (Léon). — Contribution à l'étude des rapports de la puerpéralité et de la syphilis et en particulier de la fièvre syphilitique pendant les suites de couches. Thèse de Paris, 1886. A. Derenne.
- NATTAN-LARRIER (L.) et BRINDEAU (A.). — Conditions histologiques du placenta dans l'hérédité-contagion, 18 février 1905. Comptes rendus hebdomadaires des séances et mémoires de la Société de biologie.
- Présence du spirochaeta pallida dans le placenta syphilitique. Presse médicale, n° 3, 1906.
- PAYOT (Ed.). — Dr Ernest Baumann. Précis d'obstétrique. Lausanne, 1911.
- PINARD — Prophylaxie de l'hérédité-syphilis. Ext. de la Revue.

pratique d'obstét. et de pédiatrie, décembre 1899.
Paris.

POUZAL (Henri). — De l'importance diagnostique de la courbe
alimentaire dans certains cas d'hérédo-syphilis.
Thèse de Paris, 1894. Soc. d'éditions scientifiques.

RIPAULT (Henri). — L'hérédo-syphilis infantile, manifestations
pharyngo-nasales et pharyngées. Thèse de Pa-
ris, 1896. Imprimerie des Arch. gén. des mal.
infantiles.

SCHWAB. — De la syphilis du placenta. Paris, 1896.

SÉZARY (A.). — Microbiologie de la syphilis. Paris.

SLEMONS (J.-M.). — Tow closely do the Wassermann reaction
and the placental histology agree with the diagnosis
of syphilis. Published in the American Journal of
the medical sciences. Février 1917.

TARNOWSKY (Benjamin). — La famille syphilitique et sa des-
cendance. Etude biologique. Clermont (Oise), 1904.
Daix frères.

VALLOIS (Léon). — Travaux d'obstétrique, 1905. A propos du
placenta syphilitique. Nouveau Montpellier médi-
cal, 1898.

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 31 mai 1917.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé.
Montpellier, le 29 mai 1917.
Le Doyen
MAIRET.

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE	IX
AVANT-PROPOS	XI
INTRODUCTION	13

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER. — Considérations générales sur la syphilis héréditaire et l'hérédité syphilitique	17
a) Loi de Colles	20
b) Loi de Profeta	21
CHAPITRE II. — Les facteurs qui modifient la virulence de la syphilis.	23
a) Influence exercée par le temps	23
b) Influence exercée par le traitement.	26

DEUXIÈME PARTIE

La syphilis gravide	31
CHAPITRE PREMIER. — De l'influence de la syphilis mater- nelle sur l'enfance.	33
CHAPITRE II. — Les stigmates obstétricaux	36
CHAPITRE III. — Le placenta syphilitique	37
CHAPITRE IV. — La syphilis congénitale de l'enfant d'origine gravide	42

TROISIÈME PARTIE

La syphilis précoce ou tardive.	47
---	----

QUATRIÈME PARTIE

L'hérédité syphilitique	53
-----------------------------------	----

CINQUIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER. — Observations et statistique sur la syphilis maternelle gravis, conceptionnelle, par imprégnation	59
--	----

Tableau I. — De la marche à suivre dans l'enquête sur la descendance des syphilitiques d'après le D ^r Gastou.	59
--	----

CHAPITRE II. — Observations de syphilis gravis.	63
---	----

1 ^{er} groupe : Syphilis anté-conceptionnelle.	63
---	----

2 ^e groupe : Syphilis post-conceptionnelle du premier au sixième mois.	74
---	----

3 ^e groupe : Syphilis post-conceptionnelle après le sixième mois	82
---	----

Tableau II. — Statistique sur la syphilis maternelle.	87
---	----

Tableaux III, IV, V, VI. — Hérédité-morbidité gravis.	88
---	----

Tableau VII. — Syphilis anté-conceptionnelle	92
--	----

Tableau VIII. — Syphilis maternelle post-conceptionnelle.	93
---	----

Tableau IX. — Syphilis maternelle. (Tabès.)	95
---	----

Tableau X. — Syphilis maternelle. (Paralysie générale.)	96
---	----

Tableau XI. — Syphilis maternelle par imprégnation.	97
---	----

CONCLUSIONS.	99
----------------------	----

BIBLIOGRAPHIE.	103
------------------------	-----

SERMENT

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque !

